This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

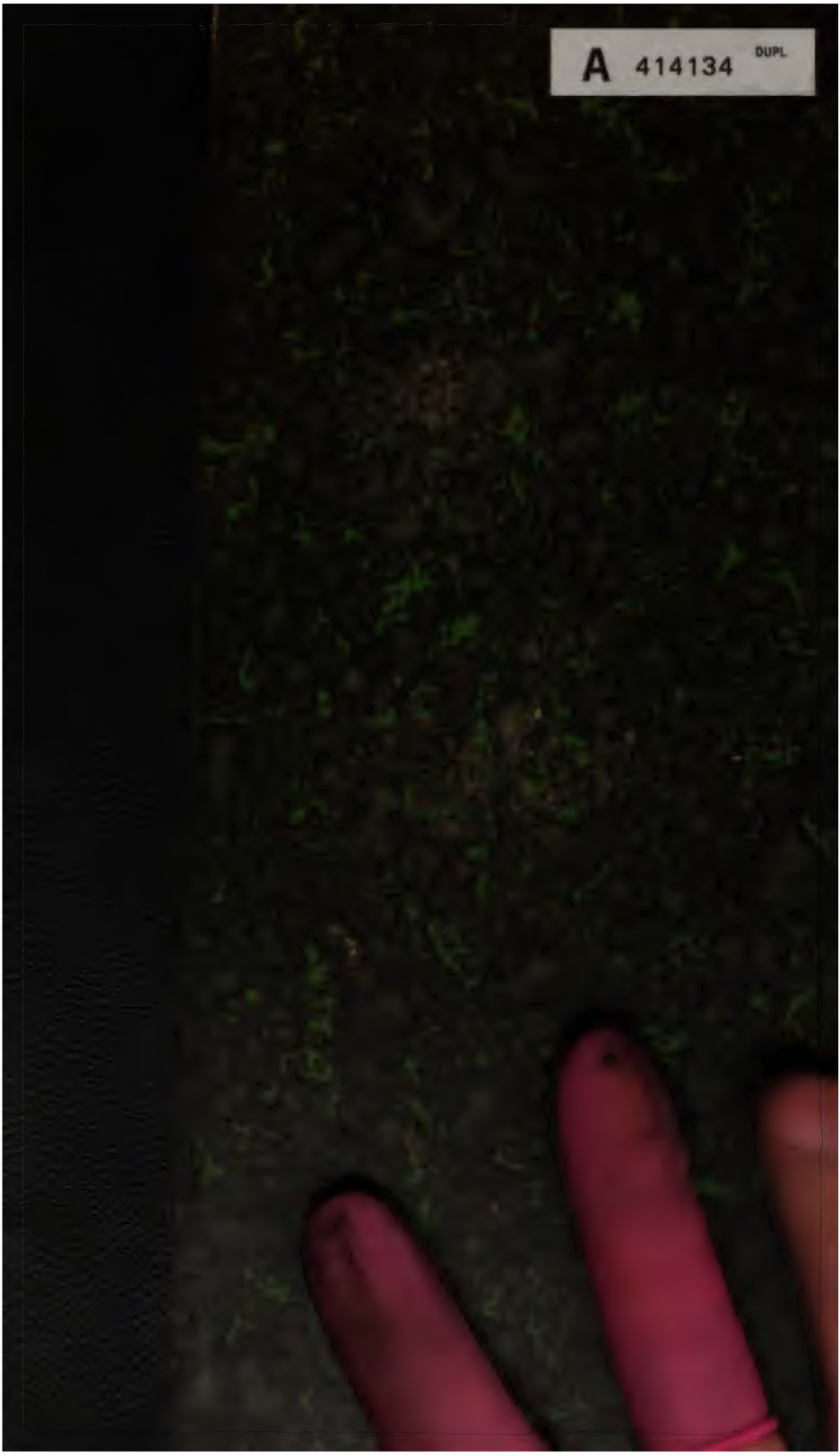
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

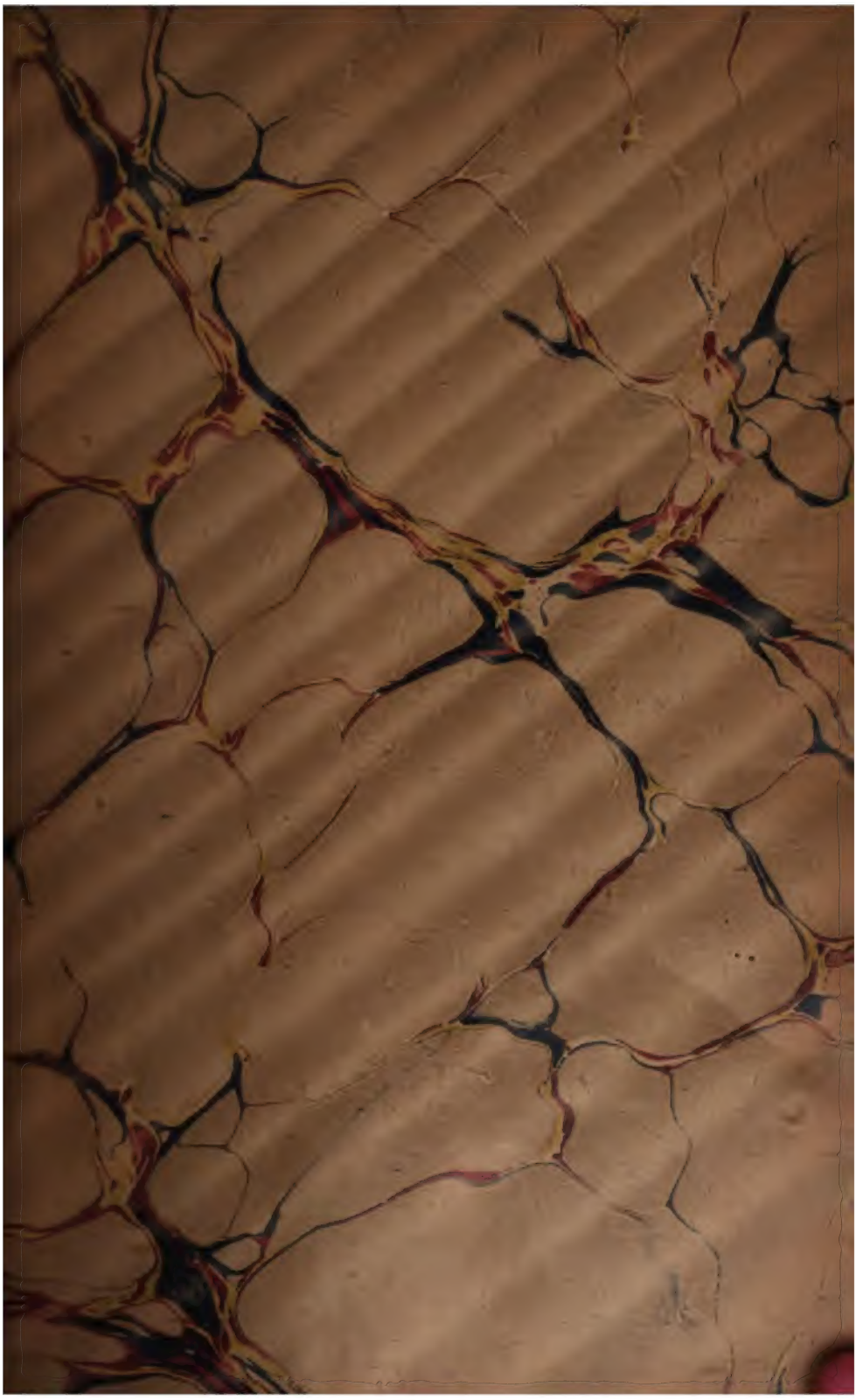
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

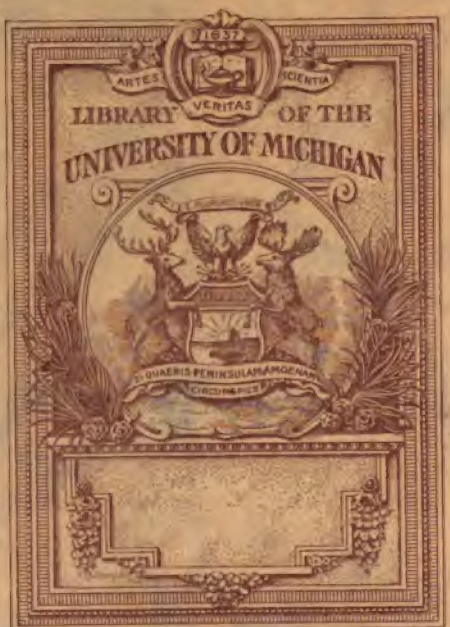
À propos du service Google Recherche de Livres

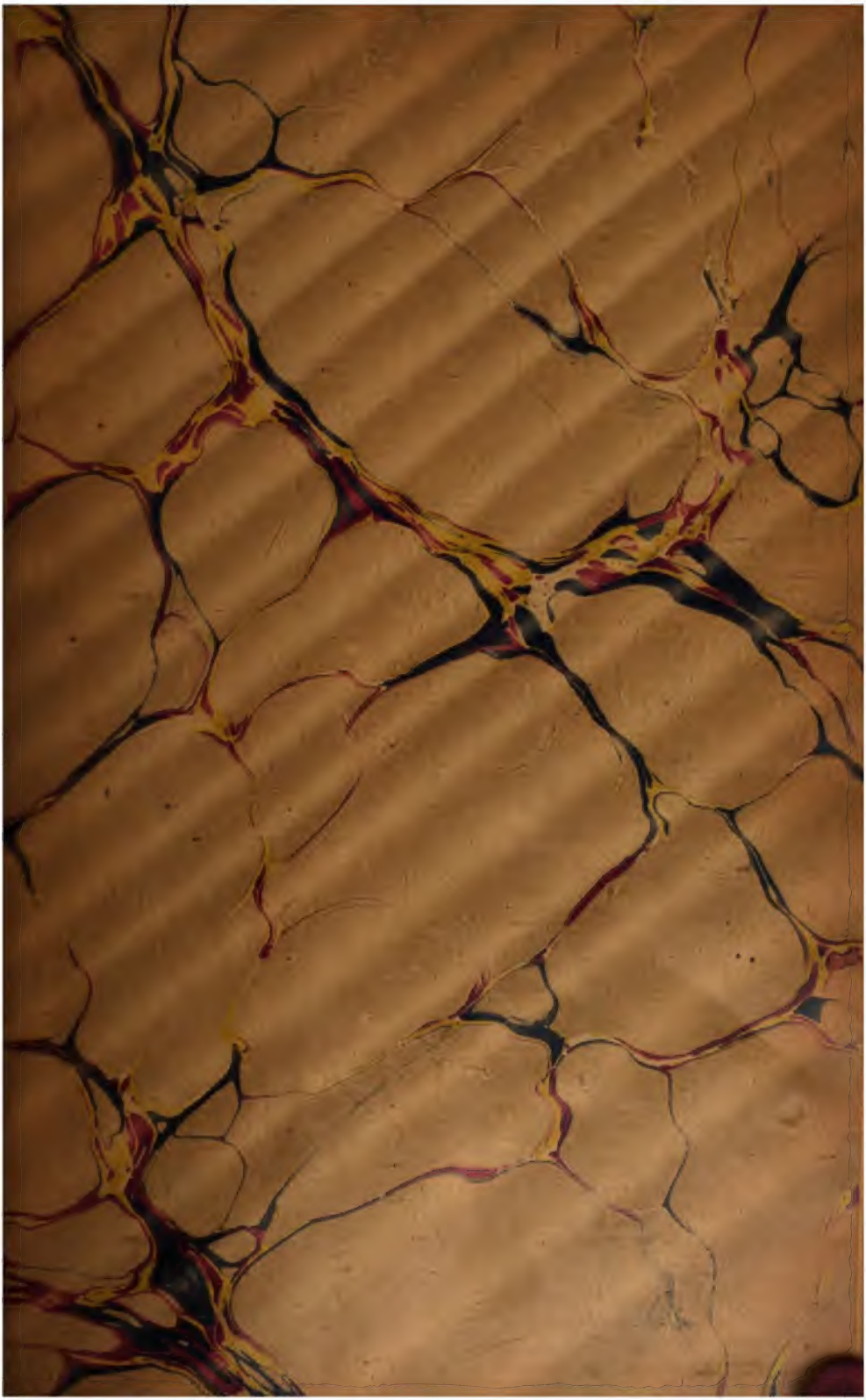
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 414134 DUPL

ARTES VERITAS SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN




ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN



RECUEIL

D'OPHTALMOLOGIE

6320. — Imprimeries réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — MOTTEROZ, directeur.

RECUEIL

D'OPHTALMOLOGIE.

PARAISSANT TOUS LES MOIS

SOUS LA DIRECTION DES DOCTEURS

GALEZOWSKI
Professeur libre d'ophtalmologie à Paris.

CHAUVEL
Médecin inspecteur de l'armée, Membre de l'Académie de Médecine de Paris.

AVEC LE CONCOURS DE MM.

KOPFF
Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

F. LAGRANGE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

ARMAIGNAC
Chirurgien oculiste à Bordeaux.

BOUCHER
Médecin-major en retraite à Bourges.

FAGE
Médecin en chef de l'hôpital Saint-Victor à Amiens.

KŒNIG
Médecin oculiste à Paris.

CAMACHIO (B.)
Médecin oculiste à Colombia-Bogota Venezuela.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

FOURNIER, professeur à la Faculté de Paris.
GARIEL, professeur à la Faculté de Paris.
HUCHARD, médecin des hôpitaux.
DAGUENET, chirurgien oculiste à Besançon.
L. LABBE, de l'Institut.
A. BOUCHART, de Constantine.
DE LANTSHEERE, de Bruxelles.
FONTAN, professeur à Toulon.
GUENDE, chargé de cours à l'Ecole de Marseille
ANTONELLI, médecin oculiste à Paris.
BOURGEOIS, de Reims.
DEHENNE, chirurgien à Paris.
LANGIE, chirurgien oculiste à Cracovie.
NIMIER, professeur au Val-de-Grâce.
PARENT, chirurgien oculiste à Paris.
LATTEUX, chef de laboratoire de la Faculté.
PARISOTTI, chirurgien oculiste à Rome.
STRZEMINSKI, médecin oculiste à Wilna.
MENGIN, chirurgien oculiste à Caen.
MALGAT, de Nice.
PECHIN, de Paris.
SEDAN, médecin-major de 1re classe.
VALOIS, de Moulins.
YVERT, médecin principal de l'armée en retraite, chirurgien oculiste à Dijon.
WUILLOMENET, de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : E. SENDRAL

TROISIÈME SÉRIE. — VINGT-CINQUIÈME ANNÉE. — 1903

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

PARIS, 6e

1903

NÉCROLOGIE

Le Professeur PANAS

L'ophtalmologie française est particulièrement et cruellement frappée depuis quelque temps. Après Meyer, après Despagnet, voici le maître Panas qui vient de disparaître. Il avait supporté pendant de longs mois, avec un courage digne d'un Spartiate, des souffrances atroces, dont sa science impeccable lui montrait l'inévitable issue! On eut dit que la mort hésitait à terrasser ce grand savant, et qu'elle ne parvenait qu'avec peine à éteindre ce cerveau si lumineux!

Né le 30 janvier 1831, aux îles Ioniennes, à Céphalonie, Panas fut, encore très jeune, entraîné vers la science ophtalmologique, en voyant sans doute les maux incalculables que le soleil, pourtant si beau, de l'Attique, occasionnait à ses compatriotes.

Il vint faire ses études médicales à Paris, où des maîtres hors ligne brillaient alors du plus vif éclat.

Comme nous tous, étrangers d'origine, qui venons chercher en France, comme à leur véritable source, les leçons et les exemples nécessaires à notre développement intellectuel, comme nous tous, dis-je, il s'attacha de toute son âme à cet admirable pays dont il fit sa nouvelle patrie, et se fit naturaliser Français. Il a largement payé sa dette de reconnaissance à son pays d'adoption, en y fondant l'enseignement ophtalmologique officiel à la Faculté de médecine de Paris, et en relevant ainsi le drapeau de la science ophtalmologique française.

Oui, pour nous, le plus grand mérite de Panas, et celui que nous plaçons au-dessus même de son précieux bagage scientifique, c'est d'avoir toujours rendu un juste hommage à l'ophtalmologie française, qui était alors représentée par

169887

Desmarres, Giraud-Teulon, Fieuzal, Perrin, Poncet, etc., etc.

Comme médecin des hôpitaux, il avait été frappé de la très grande fréquence des affections oculaires provoquées par les maladies cérébrales et constitutionnelles, telles que la syphilis et autres affections infectieuses.

D'autre part, comme interne et prosecteur auprès de Nélaton, il avait senti de bonne heure la différence existant entre la chirurgie générale et la chirurgie oculaire, que Nélaton démontrait avec tant d'admirable clarté dans ses inoubliables conférences cliniques.

En outre, voyant ce qui se passait dans les Facultés étrangères, il comprit la nécessité de combler la lacune existant dans l'enseignement officiel français. Aussi, lorsque la chaire de clinique ophtalmologique fut créée en 1879, en fut-il, tout naturellement, nommé titulaire.

Il s'adonna, dès lors, à cet enseignement, qui avait toujours eu ses plus intimes préférences, avec une ardeur sans pareille, y apportant, chaque jour, de nouveaux perfectionnements, et y attirant, par ses intéressantes leçons cliniques, un nombre toujours croissant d'élèves et de médecins français et étrangers.

Très bon chirurgien, il réussissait particulièrement les autoplasties oculaires, grâce à la longue expérience qu'il avait acquise en chirurgie générale.

Panas s'est également fait une large place comme écrivain scientifique. Nous avons de lui de nombreux ouvrages qui formeront un monument scientifique impérissable, et que les générations futures consulteront toujours avec profit.

Et dans ces travaux il fut toujours le propagateur fidèle des idées françaises, tout en rendant justice aux savants étrangers qui ont contribué à établir les bases de l'ophtalmologie moderne. Ses écrits, en plus de leur valeur scientifique, ont un attrait littéraire tout particulier, car Panas alliait à un esprit scientifique hors ligne un sens artistique des plus raffinés qu'il tenait, apparemment, de sa patrie d'origine, de cette Grèce qui fut le berceau des arts.

Nous avons de lui : son *Traité des maladies des yeux*, si

universellement apprécié; ses travaux sur *le strabisme;* ses leçons de *clinique ophtalmologique* professées à l'Hôtel-Dieu en 1899, etc., etc.

Jusqu'à la fin de sa vie, Panas s'intéressa aux moindres détails de sa clinique et à tout ce qui se rapportait à l'enseignement ophtalmologique. Je n'oublierai jamais qu'à la dernière visite que j'eus l'honneur de lui faire, il y a quelques mois à peine, il se plut à discuter longuement avec moi sur d'importantes questions d'oculistique, sans qu'une plainte s'échappât de ses lèvres, malgré les affreuses souffrances qui le tenaillaient. Son regard, planant déjà au-dessus des souffrances humaines, était empreint d'un calme souverain, reflet de la conscience d'un homme qui sait avoir fait tout son devoir pour le progrès de la science et pour le soulagement de l'humanité.

Dr X.-A. Galezowski.

OBSERVATION

DE

BLÉPHAROSPASME TONIQUE PERMANENT

D'ORIGINE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

PAR MM.

DELAMARE

Médecin-major de 1re classe à l'hôpital mixte de Rouen.

ET

CONOR

Médecin-major de 2e classe.

La contracture musculaire est souvent le premier symptôme de l'hystérie, et peut se produire à la suite d'un traumatisme. Elle peut naître à l'occassion d'une contusion, d'une piqûre etc., et la bénignité du traumatisme ne répond en rien à l'intensité de la contracture. Celle-ci, comme l'a dit Charcot, se produit surtout chez les sujets jeunes et vierges de tout stigmate hystérique. Sa durée est très variable et elle peut être intermittente ou permanente.

La contracture de l'orbiculaire des paupières est des plus intéressantes, car l'étiologie peut en demeurer très obscure si l'on ne songe pas à l'hystérie et si l'on n'examine pas le malade à ce point de vue.

Le blépharospasme hystérique, qui peut être tonique, chronique ou pseudo-paralytique, a été décrit depuis longtemps.

Sans remonter jusqu'à Celse qui a parlé déjà de manifestations oculaires que, d'après Gilles de la Tourette, l'on peut rapporter à l'hystérie, Carré de Montgerrou, dans la *Vérité des miracles* (1717) rapporte l'observation d'une dame de 27 ans atteinte de blépharospasme douloureux du côté gauche.

Depuis les cas observés se sont multipliés, et ce phénomène a été particulièrement décrit en France par Lasègue, Charcot, Panas, Valude et dans les thèses de Roux et de Pansier.

OBSERVATION

L....., jeune soldat au 39e d'infanterie :

Antécédents héréditaires : ses parents sont en bonne santé; le père serait d'un caractère nerveux; ses frères et ses sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels : Ce malade nous raconte, qu'étant enfant, il était souvent pris de terreurs nocturnes.

Il était d'une bonne santé habituelle et n'accuse qu'une fluxion de poitrine avant son incorporation.

Il exerçait la profession de couvreur et n'était nullement sujet au vertige.

Depuis qu'il est au régiment (novembre 1901), il a fait un séjour à l'hôpital pour pneumonie droite (décembre 1901).

En mars 1902, il entre à l'infirmerie pour bronchite. Pendant sa convalescence, alors qu'il était en train de jardiner dans le jardin de l'infirmerie, il reçoit en se baissant, un léger coup de branche dans l'œil gauche. Il ressent une certaine douleur et l'on constate une conjonctivite légère et du blépharospasme de ce côté. Il part en permission de huit jours et pendant ce temps la contracture disparait, l'œil gauche reste ouvert.

En revenant au corps, par le chemin de fer, des escarbilles lui entrent dans l'œil gauche. A son arrivée, le médecin du corps lui enlève ces particules de charbon et le fait entrer à l'infirmerie pour conjonctivite. On constate alors que l'œil se ferme peu à peu; le blépharospasme se reproduit. Il rentre à l'hôpital d'où il part alors en convalescence. Il revient de nouveau à l'hôpital où il entre le 17 juillet.

État actuel. — Le malade, d'un intellect médiocre, possède un très bon état général. C'est un sujet grand et bien musclé, n'ayant nullement l'apparence d'un nerveux.

On constate que l'œil gauche est constamment et complètement recouvert par la paupière supérieure. Si l'on essaie de soulever cette paupière, on sent une forte résistance que l'on peut vaincre néanmoins. On constate alors un phénomène

assez curieux : à mesure que l'on relève la paupière de l'œil gauche, en voit s'abaisser celle de l'œil droit. Il y a de la conjonctivite légère et un peu de photophobie.

Du côté gauche, le réflexe pupillaire est conservé, mais le réflexe cornéen est notablement diminué et la conjonctive est anesthésiée.

L'examen ophtalmoscopique ne révèle rien de particulier au fond de l'œil.

L'œil droit est normal et possède une acuité visuelle de 0,7. L'acuité de l'œil gauche est de 1/20.

Le champ visuel est presque nul à gauche ; à droite, il est réduit de moitié.

Le sourcil est notablement abaissé du côté gauche ; les plis frontaux décrits par Charcot sont peu accentués.

La pression des nerfs sus et sous-orbitaires n'augmente ni ne diminue le spasme de l'orbiculaire ; elle n'est pas douloureuse.

L'examen de la sensibilité révèle les faits suivants :

Le réflexe pharyngien n'existe pas. Sur le corps, on trouve de nombreuses zones d'anesthésie avec prédominance du côté gauche.

L'hémianesthésie existe sur le côté gauche de la face, de la poitrine et de l'abdomen, du dos, y compris la région fessière. Les deux membres supérieurs ne sentent pas non plus la piqûre. Aux membres inférieurs, nous ne rencontrons que de l'anesthésie en botte à la jambe gauche, remontant au niveau du genou.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. On ne constate pas de trépidation épileptoïde.

Il n'y a pas de troubles de la motilité, pas de tremblement, pas de douleurs, pas de crises convulsives.

Nous avons donc affaire à un hystérique : les stigmates sont suffisants pour affirmer ce diagnostic.

Le blépharospasme dont il est atteint est un blépharospasme tonique permanent. Nous porterons donc le diagnostic de : ***blépharospasme tonique permanent d'origine hystéro-traumatique.***

Cette observation se rapproche beaucoup de celle de Lasègue (*Arch. gén. de Méd.*, nov. 1878), dans laquelle une jeune fille de 14 ans, sans antécédents névropathiques, reçoit pendant une récréation au couvent, quelques grains de sable dans l'œil droit.

De ce léger traumatisme résulte une conjonctivite légère, avec larmoiement et rougeur qui dure quelques heures à peine.

Le lendemain, la malade en se réveillant, est prise d'une contracture qui l'empêche absolument d'ouvrir les paupières du côté droit. Le blépharospasme dura quatre mois et disparut une nuit pour ne plus reparaître. Depuis survinrent d'autres incidents hystériques.

Les deux cas montrent bien que le spasme hystérique d'origine traumatique étonne par son intensité comparé avec l'insignifiance de l'excitation primitive. Ce défaut de proportion entre la cause et l'effet produit, doit faire penser à l'hystérie et dans ces cas, il ne faut jamais négliger de rechercher les différents stigmates de la névrose afin de pouvoir affirmer le diagnostic.

Dr Delamare et Conor.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 janvier 1903

Présidence de M. Wuillomenet

M. Péchin, *secrétaire annuel*, lit le procès-verbal de la dernière séance.

M. Péchin. — A propos de la communication de M. Dupuy-Dutemps, intitulée : *Régression complète de la stase papillaire à la suite d'une simple craniectomie dans un cas de neuro-fibromatose avec hypertension cranienne.* — Voici des renseignements complémentaires et précis concernant le second malade dont je vous ai parlé. Depuis plusieurs mois ce malade était soigné pour

dyspepsie avec anachlorhydrie. Les symptômes allèrent en s'aggravant rapidement. Les vomissements, des vertiges, une douleur occipitale persistante établirent une sémirologie cérébelleuse bien nette. Double stase papillaire, plus accentuée à droite; de ce côté les vaisseaux sont plus dilatés et plus tortueux. M. Brissaud conseilla d'opérer à droite parce que le malade en marchant inclinait à gauche et que le réflexe rotulien était presque aboli à droite et normal à gauche. M. Broca a opéré en deux temps. Le premier jour, ablation de l'écaille de l'occipital à droite, au-dessous du sillon transverse. Trois jours après, incision de la dure-mère et drainage d'un kyste gros comme une noix situé à environ un centimètre au-dessous de l'écorce. Kyste séreux. Pas de pus. Le liquide n'a pu être recueilli. Guérison absolue. L'aspect du fond de l'œil est redevenu absolument normal des deux côtés. La vision est parfaite. L'état général très grave n'avait pas permis de mesurer l'acuité visuelle lorsque j'ai constaté la névrite optique œdémateuse.

Le procès-verbal est adopté.

M. Morax, *secrétaire général*, dépouille la correspondance qui comprend:

1° Une lettre du Dr Terrien, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre du Dr Houdart, envoyant à l'appui de sa candidature de membre correspondant national un travail intitulé. « Du choix de la méthode pour la cure chirurgicale du strabisme ».

M. Wuillomenet, *président*, nomme pour rapporter sur ce travail une commission composée de MM. Darier, Valude, Chaillous, Rochon-Duvigneaud, rapporteur.

M. Morax, *secrétaire général*. — **Compte rendu des travaux de l'année 1902.**

Mes chers confrères,

Si l'on s'en tient à la lettre de ses statuts, notre Société a rempli largement durant l'année qui vient de s'écouler le but qu'elle s'est proposé; l'étude de l'ophtalmologie et des intérêts professionnels.

Sur le premier point je vous rappelle seulement les 24 communications avec présentations de malades ou de pièces histologiques, qui ont été faites en 1902; c'est une augmentation très marquée sur les années précédentes. Il m'a semblé que l'on prenait un vif intérêt à ces communications et que grâce à leur fréquence nos

séances en étaient devenues plus animées et plus suivies. Nous n'avons de ce côté qu'à persévérer ; les cas rares et curieux ne manquent pas parmi les malades qui fréquentent les consultations et cliniques privées ou publiques et c'est en rendant leur observation possible à tous les confrères que nous réussirons le mieux à leur être utile. La modification au règlement autorisant les membres étrangers à la Société à faire des présentations de malades, de pièces ou d'instruments, modification prise sur l'initiative du Dr Valude, constitue une mesure libérale qui j'en ai la ferme conviction aura d'heureux effets sur l'activité scientifique de notre association.

Treize mémoires ont en outre été lus à la Société sans compter ceux qui nous ont été adressés par les candidats aux places de membres titulaires ou correspondants et qui ont donné lieu à des rapports. Il suffira de se reporter à la table de notre Bulletin pour trouver le détail complet de ces différentes communications, mémoires ou rapports et en feuilletant ce Bulletin on pourra constater que l'encouragement pécuniaire donné par la Société pour la publication de figures et dessins a eu d'excellents résultats.

J'en viens au second point, aux intérêts professionnels. Nos statuts portent que notre but est de nous occuper des intérêts professionnels de nos membres. Nous avons eu, et il y a lieu de s'en féliciter, les idées plus larges que nos statuts ne permettaient de l'espérer et ce sont les intérêts de tous les confrères ophtalmologistes de France que nous avons cherché à défendre. Il me paraît nécessaire de rappeler que c'est à l'initiative du Dr Motais, d'Angers, aux rapports nombreux établis par MM. Dehenne, Darier, à l'activité et au souci des intérêts professionnels du syndicat des oculistes de Bordeaux, aux discussions auxquelles nous avons tous pris part que notre Société a réussi dans cette entreprise qui dote notre corporation d'un tarif minimum pour les honoraires à réclamer aux Sociétés d'assurances. Le tarif accepté paraît avoir reçu l'approbation unanime et vous penserez j'en suis sûr comme moi qu'il y a tout lieu de se féliciter de cette collaboration des confrères provinciaux et de leur heureuse inspiration.

Le souci de nos intérêts professionnels affirmé par l'établissement de ce tarif d'honoraires aura je l'espère, d'autres motifs de se manifester et entr'autres questions qui me paraissent devoir solliciter notre attention, je vous signalerai celle de l'enseignement ophtalmologique de nos futurs confrères et successeurs. Nous avons tous des assistants, des chefs de clinique, des aides qui viennent nous prêter leur aide tout d'abord pour devenir ensuite des concurrents et pour nous succéder dans la suite ; vous savez,

par expérience personnelle que quelque soit la perfection du maître, il est une foule de renseignements que l'on ne peut demander qu'à la bibliothèque ou au laboratoire. Vous savez aussi combien il est difficile pour nos aides de trouver dans Paris une bibliothèque ophtalmologique suffisamment complète et accessible, un laboratoire où ils puissent trouver un guide dans leurs recherches où une place pour leurs expériences. L'aide studieux, il n'en manque pas, rencontre souvent trop de difficultés pour pouvoir approfondir des recherches ophtalmologiques et nous perdons ainsi le bénéfice d'une collaboration que personne n'a le droit de dédaigner. Nos finances ne sauraient, malgré la situation brillante indiquée par notre trésorier, nous permettre de caresser l'espoir de fonder une bibliothèque où un laboratoire, mais ce n'est point une raison pour que nous ne cherchions pas à coordonner nos efforts pour diminuer les difficultés qui entourent encore chez nous l'accès aux études ophtalmologiques approfondies.

Au cours de l'année 1902 nous avons nommé trois membres titulaires: MM. Chaillous, A. Broca et Druault et trois membres correspondants nationaux : MM. Dor père et fils, de Lyon, et Abt, de Nancy.

Nous avons eu à déplorer la mort de deux de nos confrères : MM. Despagnest et Meyer.

M. Wuillomenet, *président sortant :*

Mes chers Collègues,

Avant de quitter ce fauteuil, je désire exprimer mes bien sincères remerciements d'abord à mes collaborateurs, MM. Morax, Péchin, Dupuy-Dutemps, dont le concours m'a été si précieux e ensuite à vous tous, mes chers Collègues, pour la bienveillance que vous avez bien voulu me témoigner et qui m'a rendu ma tâche et facile et agréable.

Nous avons eu la satisfaction de voir, cette année, nos rangs s'augmenter de plusieurs membres titulaires et c'est pour la Société d'ophtalmologie un titre précieux que de voir les jeunes collègues tenir à honneur de se grouper au milieu de tous. En apportant ici les faits intéressants que nous observons, éloignons-en tout ce qui n'est pas uniquement scientifique et n'oublions pas que notre Société doit développer aussi chez ses membres, les rapports de bonne confraternité et ce sentiment de dignité professionnelle, je dirai de fierté, que la lutte, aujourd'hui si ardente, tend parfois à obscurcir.

Je remets mes fonctions entre les mains de notre distingué collègue M. Terson, à qui je souhaite la bienvenue à la présidence et je vous adresse encore une fois ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait.

Présidence de M. A. Terson

M. A. Terson, *président*, en prenant place au Bureau, prononce l'allocution suivante :

Mes chers Collègues,

C'est remplir la plus agréable des obligations que de vous assurer de toute ma gratitude. Vous avez voulu honorer le nom que je porte et je ne devrais pas être le seul à vous remercier. Votre sympathie, l'exemple de mes prédécesseurs, avec l'appui de notre aimable vice-président et de notre actif secrétaire général, me permettront, je l'espère, de mener à bien, dans la mesure de mes forces, la tâche que vous m'avez confiée.

Cette tâche, quelles qu'en soient les difficultés, sera probablement facilitée par la prospérité, si réelle pour tout esprit impartial, que notre Société a acquise par l'exercice naturel d'un travail continu et par le souci de bien remplir ses cadres. Aussi est-elle appelée à un avenir sans cesse plus brillant. Rien de ce qui intéresse l'ophtalmologie ne lui est étranger et elle seule peut imprimer une direction utile à certaines questions.

L'ophtalmologie tout entière traverse actuellement une de ces périodes de transition qui suivent les grandes découvertes. Le XVIII^e^ et le XIX^e^ siècles dressent derrière nous, comme des monuments splendides, les résultats glorieux de leur effort, mais dans le siècle où nous entrons, la cité de demain sera plus belle encore que celle d'hier. Et cependant le temps n'est pas éloigné où sont apparus l'anesthésie générale lente ou immédiate, l'anesthésie locale et l'analgésie, l'antisepsie et les plus grands perfectionnements de l'arsenal chirurgical et optique, l'opération du strabisme, la cure du glaucome, et tant d'autres interventions sur les glandes et les voies lacrymales, l'orbite, les déviations palpébrales, les infections cornéennes, les corps étrangers du fond de l'œil. Un monde nouveau a surgi sous le reflet de l'ophtalmoscope, en même temps que l'étude du champ visuel, des paralysies, des anomalies de la réfraction, sortait de l'état le plus rudimentaire, et que la moitié peut-être des affections oculaires se classait dans la clinique courante et se précisait enfin par les progrès de l'histologie et de la bacté-

riologie. En vérité, on n'a pas le droit de répéter avec le dénigrement, l'impuissance ou la lassitude, que rien n'est nouveau sous le soleil. On n'a pas le droit de croire arrêtée une évolution si puissante où l'ophtalmologie a rendu aux autres sciences autant qu'elles lui avaient prêté.

Il nous semble parfois que la science va lentement lorsque les périodiques ne nous apportent pas toutes les semaines une trouvaille merveilleuse, parce qu'absorbés dans les préoccupations et les fatigues du jour et du lendemain, nous n'avons pas toujours la notion permanente de la grandeur de ce qui se fait, semblables à l'ouvrier qui travaille à un coin de l'édifice dont il ne peut, faute du recul et des ruines nécessaires, apprécier toute l'ampleur. Mais, même au prix d'une peine plus forte, le XX^e^ siècle réserve aux travailleurs sagaces des filons plus profonds, mais aussi précieux. Peut-être est-ce dans l'assimilation toujours plus complète des affections oculaires à la pathologie et à l'étiologie générales et dans le perfectionnement des diverses techniques que se trouvera la voie la plus féconde.

Dans ces recherches et dans un pays qui n'est pas resté en arrière dans cette lutte pour la vie scientifique, notre Société doit jouer un rôle progressif. Encore jeune elle n'a pas échappé aux lois qui règlent le développement des individus et des sociétés. Elle a connu les mêmes débuts que la Société de chirurgie et la Société de biologie, sans que nous insistions sur leur histoire intime. Comme elles, elle a supporté les incidents de croissance, et, avec une persévérance dont doivent être fiers les artisans de la première heure, elle a rendu à l'ophtalmologie les meilleurs services. Elle fera toujours appel, par un choix sans intrigue et sans arrière-pensée, à ceux dont le talent, le labeur et le caractère ont marqué la personnalité et qui considéreront leur admission bien plus comme un droit au travail en commun et à la présence réelle que comme un vain titre honorifique.

Comme toujours, les institutions d'État nous apporteront les travaux faits dans des établissements généreusement pourvus de malades, de ressources techniques, d'assistants nombreux et instruits. Les institutions privées, leurs aînées, continueront à s'imposer les plus réels sacrifices pour arriver au même résultat et contribuer aussi à la conquête scientifique.

Enfin vous ne perdrez pas de vue la voie parallèle des intérêts professionnels : les questions vitales de l'Assistance ophtalmologique publique et privée, les problèmes médico-légaux, l'exercice de l'Enseignement et de la profession, les accidents du travail où votre initiative vient d'être si remarquée et si utile, les bonnes relations avec nos confrères de province et de l'étranger, dont

votre réception de 1900 est restée, grâce au bureau d'alors, un modèle difficile à égaler, tout cela vous occupera encore.

Pour aboutir à des résultats importants, améliorons sans cesse nos méthodes de travail. Que les absents reviennent, sans qu'on puisse penser à l'application du tribut académique auquel tant de sociétés médicales doivent une activité régulière, tout sociétaire étant, au moins une fois l'an, par un mémoire inédit, obligé de faire acte de présence et d'attachement au groupe dont il a sollicité les suffrages. Que la société reçoive encore plus de présentations de malades et de pièces, d'observations majeures munies de tous les détails techniques. Qu'elle ne se perde pas toutefois dans l'abus des observations classiques ou dans la publication de ce qui, avec avantage, doit être laissé aux Revues mensuelles et ne peut être discuté avec fruit, réduisant la communication à un monologue sans écho. Aussi ne laissons pas disparaître de nos ordres du jour les questions générales qui, autrefois trop exclusives dans les sociétés savantes, sont trop clairsemées aujourd'hui. Bienvenus seront ceux qui ouvriront de nouvelles discussions, car, à condition de ne pas parler pour ne rien dire et d'éviter les tournois d'éloquence creuse qui prêtent au ridicule, elles seules ramènent à nos séances les jeunes, qui entrent dans la carrière quand leurs aînés y sont encore, et aussi les maîtres éminents, ceux qui ont beaucoup vu et beaucoup retenu, et dont l'expérience nous est précieuse. Ces discussions restent une nécessité à laquelle notre Compagnie ne nous soustrairait pas sans dommage.

Tout ce qui donnera une publicité plus grande à nos travaux devra être bien accueilli. Nous sommes trop à l'écart de la presse médicale générale. Nous ne demandons pas un rémunérateur, mais nous voulons un témoin, disait Renan. Nous ne devons pas nous contenter, dans l'ombre, d'un travail à huis-clos, et devrons-nous regretter le temps où l'ophtalmologie avait large droit de cité dans les sociétés de médecine et de chirurgie? Si notre spécialité a dû se concentrer pour une besogne plus fructueuse, il ne faut pas qu'elle perde en extension ce qu'elle a gagné en force. De l'enquête à laquelle je me suis livré, j'ai rapporté l'impression que cette situation pouvait se modifier un peu pour certains journaux, mais j'ai rencontré trop de résistances.

Ce n'est point l'heure d'insister sur d'autres projets qui accroîtraient l'influence de notre Compagnie. Pardonnez-moi, mes chers collègues, d'avoir même abusé de votre temps limité, mais j'ai la conviction que la Société doit envisager l'avenir avec confiance et avec l'espoir de se rendre toujours plus utile. Accueillant les opinions avec la courtoisie qui est la forme supérieure de la tolérance due aux sentiments, aux aptitudes et aux intérêts de tous et qu'elle

Quand le malade regarde, en face, toute la partie bulbaire de la paupière est rétractée derrière la partie orbitaire, et le sillon oculo-palpébral disparait. De ce fait, le globe est beaucoup plus découvert qu'à droite et il existe un espace de 2 à 3 millimètres entre le bord libre de la paupière et le limbe de la cornée. Le segment orbitaire de la paupière, légèrement distendu, vient surplomber le segment rétracté.

L'œil gauche est également en divergence peu marquée.

Quand le malade regarde en bas, la paupière se déplisse mais lentement, et il a asynergie entre les mouvements du globe dans

le regard en bas, et les mouvements de la paupière (signe de de Græfe). Malgré son déplissement, le bord inférieur de la paupière supérieure arrive moins bas que le bord de la paupière droite, et le globe reste plus découvert que du côté opposé.

L'occlusion des paupières est également moins complète à gauche qu'à droite où elle est normale.

Les mouvements du globe oculaire sont normaux.

On n'observe chez notre malade aucune autre lésion oculaire, sauf une sclérose du cristallin qui explique une acuité visuelle de 5/15.

La rétraction, de la paupière supérieure existe, d'après le malade depuis sa naissance. Aucune autre lésion n'a été observée chez lui, sauf des nodosités des glandes mammaires, nodosités sans adénopathie et probablement en rapport avec la syphilis que le malade a contractée il y a douze ans.

En un mot, il s'agit d'un malade atteint d'une rétraction congénitale de la paupière supérieure gauche, rétraction s'accompagnant du signe de de Græfe, et devant être placé à côté de la malade atteinte de rétraction, que nous avons présentée à l'une des dernières séances.

M. Morax. Présentation d'instruments : Masque à chloroforme aseptisable. — Stérilisateur électrique à air sec.

Masque à chloroforme aseptisable.—Vous avez tous été frappés des inconvénients multiples, au point de vue de l'asepsie opératoire, qu'offre pour l'opérateur la présence des mains ou de la compresse du chloroformisateur dans les opérations sur les paupières, la région orbitaire ou d'une manière plus générale dans toutes les opérations faciales.

C'est dans le but de remédier à ces inconvénients que j'ai fait construire par M. Moria le petit appareil que je vous présente.

Il a la forme d'un inhalateur ordinaire de manière à recevoir dans sa concavité la saillie du nez et de recouvrir les orifices respiratoires : narines et bouche. Il est constitué par deux coquilles en nickel emboitées l'une dans l'autre et entre lesquelles se trouve fixée une lame de toile d'amiante. La coquille métallique interne est percée de nombreux trous comme une passoire. La coquille extérieure présente en son milieu un petit entonnoir par lequel on peut introduire le chloroforme qui se répand sur la toile d'amiante. Une articulation à charnière à l'une des extrémités permet d'ouvrir les deux coquilles pour les nettoyer, ou pour changer la toile d'amianthe lorsque cela devient nécessaire. Deux pattes placées à l'autre extrémité des coquilles permettent de les maintenir rapprochées et de tenir le masque pendant l'anesthésie sans que les mains du chloroformisateur entrent contact avec la partie de l'appareil qui se trouve dans la zone chirurgicale aseptisée.

L'appareil peut être stérilisé dans le stérilisateur à air sec ce qui supprime les inconvénients que présentent tous les appareils en caoutchouc ou en cuir dont l'asepsie est toujours difficile à obtenir et qui sont plus ou moins altérés par tout procédé de stérilisation.

Ce petit appareil a un autre avantage; grâce au grand pouvoir d'absorption de la toile d'amiante et grâce à la présence de la coquille perforée qui le sépare des lèvres et du nez on évitera les brûlures par chloroforme qui ainsi que le montre un procès assez récent peuvent être l'objet de poursuites en dommages-intérêts.

Stérilisateur électrique à air sec. — La stérilisation des instruments d'ophtalmologie par l'air sec n'a pas encore beaucoup de partisans ce qui tient à la difficulté qu'il y a d'avoir un appareil d'un fonctionnement régulier et sûr et d'une surveillance facile. Je me rappelle que pour être complète la stérilisation par la chaleur dans l'air sec doit se faire à une température comprise entre 150 et 160°. Au-dessus de 150° la chaleur sèche tue la plu-

part des microbes pyogènes qui sont la cause habituelle des infections opératoires mais elle n'anéantit pas sûrement les spores du bacille tétanique de la bactéridie charbonneuse ou du vibrion septique sauf dans le cas où l'on maintient cette température pendant plusieurs heures. A l'occasion des recherches sur la toxine tétanique faites avec la collaboration du Dr A. Marie, j'ai pu m'assurer qu'un chauffage à 120° dans l'air sec tuait sûrement les spores tétaniques mais à la condition que ce chauffage dura trois heures.

Par contre, une température comprise entre 150 et 160° et maintenue pendant quinze minutes anéantit sûrement microbes et spores microbiens connus jusqu'à ce jour. D'après tout ce que nous savons des conditions de résistance à la température de la substance organisée il est permis d'admettre que le chauffage à cette température et pendant le temps indiqué produit réellement une stérilisation absolue.

Le gros inconvénient des stérilisateurs qui ont été construits jusqu'à présent et qui fonctionnaient par le gaz, pétrole ou alcool réside d'une part dans la facilité avec laquelle la température du stérilisateur dépasse de 20 à 40°. La température nécessaire, produisant alors des oxydations, des fines lames ou des pointes et leur détrempe, d'autre part dans la difficulté d'une température sensiblement uniforme de toutes les régions du stérilisateur. Car s'il est nécessaire que l'instrument soit aseptique il faut néanmoins qu'il conserve ses qualités tranchantes ou piquantes et que les stérilisations successives ne le rendent pas rapidement inutilisable. Tant que la température ne dépasse pas 160 à 170°, on peut considérer l'action sur la lame comme négligeable mais il n'en est plus de même si le thermomètre atteint même pendant un court espace de temps 180 à 200°.

Pour remédier aux inconvénients des stérilisateurs de Poupinel ou du four à flamber ordinaire, inconvénients beaucoup plus accusés lorsqu'il s'agit de stériliser les fins instruments de chirurgie oculaire, j'avais fait construire un stérilisateur avec une couche de sable comprise dans une double paroi, la paroi intérieure étant formée par une toile métallique. Cet appareil qui m'a servi jusque dans ces derniers temps ne constituait cependant pas encore l'instrument sans reproche que je recherchais, et de faire le chauffage uniforme de l'air dans une caisse métallique dont une seule des parois est en contact avec la source de chaleur constitue un problème dont la solution n'est jamais que très relative. On ne pouvait espérer tourner pratiquement la difficulté qu'en employant des radiateurs électriques que l'on peut disposer sur toutes les parois de la caisse. Il suffit pratiquement de mettre 4 radiateurs pour obtenir une répartition très égale de la chaleur. Je vous pré-

sente un petit appareil construit par M. Lequeux et avec lequel les inconvénients signalés pour les stérilisateurs à gaz ne sont plus à redouter.

C'est une caisse en cuivre de 23 centimètres carrés présentant une cavité de 12,5 de largeur sur 11 de hauteur et 20 centimètres de profondeur. Cette cavité est fermée par une porte en cuivre doublée d'amianthe. A l'exception de la porte et de la paroi du fond, les 4 parois de la cavité sont occupées par des radiateurs Godin.

Les conducteurs électriques pénètrent par la paroi postérieure. Dans la paroi supérieure est percé un trou pour l'introduction d'un thermomètre dans la cavité du stérilisateur.

Les dimensions de ce stérilisateur sont amplement suffisantes pour la stérilisation des instruments pour la clientèle privée. Pour un service d'hôpital, il sera nécessaire d'avoir un appareil plus grand.

Les indications que je vais vous donner sur le fonctionnement de ce stérilisateur n'ont trait qu'au petit modèle que voici, construit pour un courant dont la tension est de 110 volts. Il s'applique aussi bien sur le courant continu que sur le courant alternatif.

La stérilisation dans l'air sec est toujours un peu longue, mais l'avantage de l'appareil électrique réside dans ce fait que quelle que soit la durée du chauffage, la température intérieure n'atteindra pas la température nuisible pour l'acier et qu'après avoir une fois pour toutes établi la marche du chauffage dans l'appareil on pourra être certain qu'elle se reproduira toujours dans des conditions sensiblement identiques.

Voici à titre d'exemple la marche de deux stérilisations faites avec l'appareil en question.

Stérilisation ordinaire.

TEMPS ÉCOULÉ.	TEMPÉRATURE.	CONSOMMATION EN HECTOWATTS.
»	15°	»
15 minutes	60°	1,2
30 —	97°	1,8
45 —	137°	2,4
60 —	158°	2,9
70 —	160°	3,4
80 —	150°	—

La température de 150° a été atteinte après cinquante-cinq minutes de chauffage, l'appareil étant rempli par des boîtes et

instruments métalliques à stériliser. Ainsi que le prouve l'autre essai ci-dessous où l'appareil marchait à vide, lorsqu'il n'y a pas d'instruments la température de 150° est atteinte en quarante-six minutes. En interrompant le courant quinze minutes après que le thermomètre a indiqué 150°, la température de l'appareil qui ne dépasse pas 160-163° reste encore dix minutes au-dessus de 150°, de sorte que la durée de la stérilisation absolue a été amplement suffisante.

Appareil marchant à vide.

TEMPS ÉCOULÉ.	TEMPÉRATURE.	CONSOMMATION EN HECTOWATTS.
»	17°	»
10 minutes	41°	»
20 —	80°	1
30 —	109°	—
40 —	136°	2
46 —	150°	—
50 —	157°	2,4 (Interruption du courant.)
52 —	159°	»
57 —	150°	»
60 —	140°	»

La consommation de l'appareil a été de 3,4 hectowatts. En raison du prix élevé auquel nous est fourni l'hectowatt, 0 fr. 15, il en résulte que chaque stérilisation coûte de 0 fr. 45 à 0 fr. 50, alors que pour la même opération le chauffage au gaz exigeant 0 m. 80 de gaz ne coûtait que la moitié moins, exactement 0 fr. 24. Mais ce petit inconvénient est vite rattrapé puisque le chauffage électrique ne produit jamais ces accidents de surchauffage et de détrempe des instruments qui entraînent de suite des frais relevés de réparation. D'ailleurs, il est probable que l'avenir apportera de sérieuses modifications dans les prix exagérés des sociétés d'éclairage électrique.

Puis je vous ferai remarquer qu'en stérilisant l'instrument dans des buts à chercher dans lesquels les instruments sont fixés, on peut stériliser en une fois les instruments nécessaires pour trois ou quatre interventions.

M. A. Terson. — A propos de l'amiante utilisée dans le masque présenté par M. Morax, je signalerai que dans ces dernières années, j'ai essayé souvent un pansement oculaire aseptique, composé de rondelles de *papier d'amiante*. Ce papier,

autrefois utilisé par Duquaire en chirurgie, *se flambe* sans rien perdre de sa souplesse et de sa solidité. Il se laisse imprégner par les liquides, mais est moins absorbant que les gazes hydrophiles. Il peut néanmoins rendre service, surtout en cas d'urgence, car il réalise l'*asepsie absolue*. Ce papier d'amiante existe dans le commerce, en épaisseurs et en qualités diverses.

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

(Numéros de Juillet, Août et Septembre 1902)

Par le Docteur A. YVERT

Ruptures sclérales traumatiques, par le professeur PANAS. — A propos de deux observations, recueillies en 1900, dans son service de l'Hôtel-Dieu, le savant professeur de clinique ophtalmologique reprend la description des ruptures traumatiques de la sclérotique, et insiste sur le meilleur mode d'intervention à appliquer en pareil cas.

Pour ce qui est, tout d'abord, de leur fréquence, la récente monographie de Mullor, publiée à Leipzig en 1895, où l'on trouve réunis non moins de 2,500 cas, prouve suffisamment combien elle est grande. Sans compter encore tous ceux qui n'ont pas été publiés.

Comme siège, elles occupent presque invariablement la limite scléro-cornéenne, à 2 ou 3 millimètres en arrière du bord transparent de la cornée. Leur forme est celle d'une demi-lune, variant, comme étendue, du quart au tiers du limbe scléro-cornéen. Exceptionnellement leur direction est oblique ou méridienne; une seule fois (Weecks) la rupture siégeait à l'équateur. De même, il y a beaucoup plus de ruptures à la demi-circonférence supérieure qu'à l'inférieure, 68 cas en haut contre 49 en bas (Sachs).

La conjonctive, grâce à sa mobilité et à sa laxité, échappe souvent au traumatisme; dans tous les cas, quand elle se déchire, c'est toujours plus haut, d'où défaut de parallélisme entre les deux solutions de continuité. Le contraire constitue une très rare exception.

L'iris se trouve constamment entraîné vers la plaie sclérale; et la déformation de la pupille simule un coloboma. L'iridérémie par détachement total de l'iris ne s'observe qu'exceptionnellement.

Le cristallin, avec ou sans une portion de vitré, peut se luxer

accompagné ou non de sa capsule. Au début, en général, existe un épanchement sanguin de la chambre antérieure, du vitré et du tissu sous-conjonctival, qui masque la rupture. Le tonus du globe oculaire est constamment abaissé, ce qui tient à la filtration de l'humeur aqueuse par la plaie. Cette hypotonie, jointe à la couleur ardoisée de la saillie semi-lunaire affectée par la rupture, suffit pour établir le diagnostic. Quant à la douleur, elle est à peu près nulle dans la grande majorité des cas.

La topographie exacte de la lésion est aujourd'hui parfaitement connue : on sait, à n'en pas douter, que la solution de continuité se produit, non pas, comme on l'avait cru antérieurement, dans la zone ciliaire, mais au niveau du canal de Schlemm ou de son proche voisinage. C'est au moins la rupture typique, qui intéresse la scléro-cornée, et se trouve comprise dans le domaine de la chambre antérieure.

En règle, la contusion dérive de l'action de corps plus ou moins orbes, arrondis ou coniques. La seule exception se réaliserait lors de fracture du frontal au niveau du sourcil.

Quant au mécanisme même de ces ruptures, l'étude attentive des faits porte à l'attribuer au contre-coup; le globe subissant toujours, en effet, son maximum de refoulement dans la direction du méridien qui aboutit à ce qu'on appelle l'équateur de distension, situé juste au devant du point d'appui fourni par le squelette orbitaire. Et, comme le secteur correspondant au canal de Schlemm est celui où la sclérotique est la plus mince, c'est en ce point précis de moindre résistance que cède la coque oculaire.

Par contre, quand le coup, au lieu d'agir obliquement en diagonale, porte directement sur le pôle antérieur de l'œil, la cornée peut céder; et, suivant la violence du traumatisme, présenter une rupture linéaire, en L ou en T. Quand la solution de continuité, intéressant à la fois la cornée et la sclérotique, reste rectiligne et méridienne, il y a tout lieu d'attribuer la blessure non plus à une contusion, mais à un instrument tranchant : fait très important à retenir au point de vue médico-légal.

Bien traitées, les ruptures sclérales finissent par se cicatriser; mais le tissu inodulaire, toujours plus mince que la sclérotique voisine, se laisse distendre et finit constamment par donner lieu à une saillie staphylomateuse. Eu égard à la vision, les ruptures sclérales sont plus graves que celles de la cornée; si les accidents réactionnels primitifs restent d'ordinaire peu accentués, il n'en est pas ainsi dans la suite; puisqu'on compte, sur 17 cas d'ophtalmie sympathique, 9 se rapportant à des ruptures ouvertes et 8 à des ruptures sous-conjonctivales. Aussi le traitement mérite-t-il

une attention toute spéciale, et doit-il varier avec l'espèce de rupture à laquelle on a affaire.

1° Quand, grâce à l'intégrité et au défaut de parallélisme de la rupture conjonctivale et de celle de la sclérotique, le vitré se trouve à l'abri du contact de l'air et des éléments infectieux, le mieux sera de ne pas intervenir opératoirement, et de se contenter d'applications évaporantes froides, antiseptiques, combinées à l'immobilité du globe sous un pansement ouaté occlusif; d'instillations de bleu de méthylène à 1/500 et de l'introduction dans le cul-de-sac inférieur de vaseline iodoformée à 5 p. 100. Si, par exception, le tonus venait à augmenter, on recourrait aux collyres à l'éserine ou à la pilocarpine. Une fois le sang résorbé, on procède, s'il y a lieu, à l'extraction du cristallin. Quant à la coaptation de la plaie sclérale par la suture, elle n'est indiquée et autorisée qu'en cas de large béance.

2° Pour les ruptures ouvertes, au contraire, la suture immédiate au catgut de conjonctive à cornée, ou de sclérotique à cornée, ce qui vaut mieux, paraît constituer, pour le savant professeur de Paris, le traitement de choix, en vue de corriger l'astigmatisme et de mettre l'œil à l'abri de l'infection exogène et d'une ophtalmie sympathique possible. Telle est, d'ailleurs, la conduite, qui tend de plus en plus à se généraliser, et qui a reçu la sanction d'auteurs de la valeur de Flemming, Landesberg, Snell, Nuel et Schweigger, qui conseillent de recourir à la suture, avec ou sans excision de l'ectasie sclérale.

Ajoutons que tel est, en ce qui nous concerne personnellement, le mode de traitement que nous avons adopté depuis plus de vingt-cinq ans, et que nous avons préconisé, tout spécialement, dans un mémoire *sur la valeur de la suture dans le traitement des plaies de la sclérotique avec issue de l'humeur vitrée*, adressé le 15 mai 1878 à la Société de chirurgie de Paris.

Enophtalmie traumatique, par le Pr Panas. — Aux 41 cas déjà connus, 39 réunis par Daulnoy dans sa thèse de Nancy en 1899, un nouveau publié par le même dans la *Clinique ophtalmologique* du 25 mars 1900, et celui de Micas du *Recueil d'ophtalmologie* de 1900, p. 355, M. le Pr Panas en ajoute un 42e qu'il a été à même d'observer en novembre 1900. La pathogénie surtout semble le préoccuper; et après avoir éliminé successivement la paralysie ou l'excitation du grand sympathique, la théorie des adhérences cicatricielles pouvant expliquer la translation du globe en arrière, la paralysie des obliques, il en arrive à conclure, avec Beer, que les véritables agents de l'enophtalmie sont un moindre apport de sang dans l'orbite par suite de trouble tro-

phique des parois des vaisseaux afférents, d'où résulte la résorption plus ou moins prompte du coussinet graisseux de l'orbite. Comme conséquence de cette obscurité pathogénique, la thérapeutique est loin d'être définitivement établie; aussi M. Panas se contente-t-il de recommander un traitement purement symptomatique; paraissant fort peu partisan de la section des muscles droits, qui d'ailleurs, n'aurait pas donné grand résultat dans le cas de M. Darier. Le pronostic, en général peu grave, doit cependant entraîner quelques réserves; attendu qu'on signale des faits d'amblyopie persistante et d'amaurose par atrophie optique consécutive.

Etude anatomique de la cataracte secondaire consécutive à l'extraction sans réaction inflammatoire de la cataracte sénile chez l'homme, par M. le médecin principal HOCQUARD.. — Travail anatomo-pathologique des plus intéressants, basé sur l'examen minutieux de huit yeux humains, qui avaient subi, pendant la vie, l'extraction de la cataracte sénile; mais travail ne se prêtant pas, comme la plupart des recherches analogues, à une analyse succinte et résumée, sans courir le risque de ne pas rendre exactement la pensée de l'auteur. Aussi, nous contenterons-nous de recommander, purement et simplement, de lire dans l'original lui-même cette étude éminemment pratique, comme conséquences, en ce sens qu'elle se rattache de très près aux divers modes d'intervention à appliquer dans le cas de cataracte secondaire.

Écarteur-pince des paupières, par le Dr PEDRAZOLLI, de Vérone (Italie). — Description et dessin d'un instrument nouveau, imaginé par notre excellent confrère, et permettant d'ouvrir d'une seule main, même dans les cas les plus compliqués, les paupières gonflées, contracturées, et enflammées. Il est bien certain que cette pince-écarteur peut rendre de grands services, non seulement aux spécialistes, mais peut-être plus encore aux médecins de campagne, qui ont besoin, bien souvent, de se prononcer, seuls et sans aide, sur la gravité des maladies des yeux au début.

Des gommes du corps ciliaire, particulièrement de celles précoces, par le Pr PANAS. — Article des plus intéressants, dans lequel le savant professeur de l'Hôtel-Dieu reprend, à nouveau, l'étude d'une affection rare, très grave quand elle est méconnue, guérissant par contre, en général, très bien et très vite, quand on porte rapidement un diagnostic exact et qu'on applique, comme

conséquence, un traitement énergique et rationnel : à savoir les gommes du corps ciliaire. Tout d'abord, M. Panas pose en principe que de toutes les parties du tractus uvéal, c'est le corps ciliaire qui constitue, et de beaucoup, le siège de prédilection des gommes syphilitiques; à telle enseigne même, qu'il se demande si, dans les cas où cette affection paraît débuter d'emblée par la sclérotique (deux observations personnelles, une de Galezowski, une de Fromaget), il ne s'agit pas, en réalité, de gommes ayant débuté par la face externe de la couronne ciliaire, pour se propager de là dans la sclérotique. Sorte de gommes *exophytiques*, par opposition à celles *endophytiques*, qui avancent vers la base de l'iris et la chambre antérieure. Bien plus, le savant professeur est même absolument convaincu, qu'en « y regardant de près, on arrive à conclure que beaucoup d'iritis envisagées comme prémonitoires de la gomme ciliaire en sont, en réalité, le premier signalement, particulièrement dans la forme endophytique. »

Le nombre des observations en est relativement restreint : aux 24 du travail de Busse, en effet, on n'en peut ajouter que 19 absolument authentiques ; autre point, extrêmement important : loin d'être toujours tardives et d'apparaître à une période déjà avancée de l'infection syphilitique, il est aujourd'hui absolument démontré que les véritables gommes ciliaires peuvent coïncider avec le tertiarisme le plus précoce. Elles surviennent avec la roséole (Terson), deux mois et demi après le chancre (Uhthoff et Gallenga), trois mois après (Panas), etc. De plus, si elles constituent une manifestation rare de la syphilis acquise tardive ou non, on les rencontre bien plus exceptionnellement encore comme la conséquence de l'hérédo-syphilis : à ce point que M. Panas ne connaît guère que le fait qui lui est personnel et qu'il a relaté dans ses *Leçons de clinique ophtalmologique* en 1899.

Des plus caractéristiques est la symptomatologie : en dehors, en effet, des rares cas où le syphilome, primitivement exophytique, se propage de bonne heure à la sclérotique, elle débute par une modification de l'iris, vers sa base, où cette membrane s'amincit et devient comme crénelée. Diminution de profondeur de la chambre antérieure à ce niveau, et bientôt apparition d'une saillie gris-jaunâtre qui s'accentue de plus en plus, en même temps que la masse se ramollit pour s'épancher dans l'humeur aqueuse sous forme d'hypopyon. Conjointement, apparition sur le point correspondant de la sclérotique d'une intumescence diffuse, rouge brique et d'apparence charnue au début, revêtant, par la suite, la forme d'une saillie acuminée au centre, de couleur crémeuse jaunâtre qui se transforme plus tard en un véritable fongus, simulant, à s'y méprendre, certaines tuberculoses irido-

ciliaires. Au point même que les anamnestiques et les lésions concomittantes syphilitiques sont seules capables de permettre un diagnostic pathogénique exact. Diagnostic, d'ailleurs, sans grande importance en cas de doute, au point de vue du traitement rapide à appliquer, aujourd'hui qu'on sait parfaitement que le mercure jouit d'une efficacité réelle contre toute manifestation bacillaire avec tendance à la caséification.

Le pronostic des gommes ciliaires précoces, en effet, qui est sombre dans son ensemble au même titre que toute autre manifestation tertiaire hâtive liée au mauvais état constitutionnel du sujet, perd beaucoup de sa gravité si l'on a recours au traitement antisyphilitique intense et rapide. Il se résume, pour M. Panas, dans les prescriptions suivantes : injections journalières aux fesses de 1 centimètre cube chacune d'huile au biiodure d'hydrargyre à 4 p. 1,000; administration de 4 grammes par jour d'iodure de potassium; instillations de collyre huileux d'atropine, de violet de méthylène à 2 p. 1,000; et application permanente de compresses chaudes enveloppées. Grâce à cette intervention énergique, le malade guérit, en général, de son affection oculaire, au bout de cinq à six semaines.

Du glaucome lié à l'iritis subaiguë, dite insidieuse, par le prof. PANAS. — A propos de deux cas d'iritis, insidieuse, plastique, d'origine syphilitique, terminée par d'abondantes synéchies et compliquée dans son décours de glaucome subaigu, sans signes congestifs marqués, sans douleurs vives, mais avec rétrécissement du champ visuel progressif du nez vers la tempe, et avec des obnubilations périodiques caractéristiques, coïncidant très certainement avec des élévations successives du tonus, M. Panas se demande si le glaucome dérive directement de l'infection spécifique, auquel cas il doit être envisagé comme primitif; ou bien s'il dépend, ainsi que le prétend de Græfe, de l'obstruction des pupilles par des synéchies, et comme tel réputé consécutif. Or, de l'analyse minutieuse et détaillée des deux cas observés par lui, notre éminent confrère se croit en droit de conclure : « que l'infection syphilitique est directement justiciable du glaucome et des poussées répétées d'hyphœma; le tout dérivant de l'action bien connue du virus sur les parois vasculaires ».

Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale. Epilepsie jacksonnienne. Dysarthrie. Paralysies oculaires. Valeur séméiologique importante des troubles oculaires, par E. BRISSAUD et A. PÉCHIN. — Il s'agit, dans cette observation,

extrêmement curieuse et soumise, pourrait-on dire, au crible de l'analyse logique, d'un cas de syphilis cérébrale, survenue vingt et un ans après l'accident primitif, et qui, une année durant, en imposa pour une paralysie générale ayant débuté par le scotome scintillant, la céphalée et les ictus épileptiques, jusqu'à ce que enfin *certaines combinaisons de paralysies oculaires laissèrent supposer que les lésions prédominaient à la base de l'encéphale* (accidents paralytiques des 3, 6e, 7e et 10e paires), *et permirent d'éliminer une fois pour toutes, le diagnostic de paralysie générale.* De l'examen minutieux des symptômes observés, les auteurs en sont même arrivés à conclure : que en pareil cas le pronostic est d'autant plus grave que les accidents relèvent de lésions plus diffuses et par conséquent impliquent un processus d'artérite syphilitique plutôt qu'une lésion gommeuse basale unique et bien localisée. Or, c'est précisément lorsqu'il s'agit de cette dernière lésion qu'on peut espérer une guérison. Nous devons ajouter, cependant, pour être complet que, malgré les réserves de ce pronostic, l'amélioration s'est prolongée de juillet 1899 jusqu'à novembre 1901, au point que le malade en question a repris complètement son existence habituelle et se comporte comme s'il n'avait jamais rien eu.

De l'intervention opératoire dans les cataractes secondaires, par le prof. PANAS. — Dans un excellent article, le savant professeur de l'Hôtel-Dieu revient en détails sur l'anatomie pathologique des diverses variétés de cataractes secondaires, et sur les divers modes de traitements qui leur sont applicables. Les unes, fines, translucides, comme satinées et chatoyantes, seulement visibles à l'éclairage oblique, n'en diminuent pas moins le taux de l'acuité visuelle; les autres, moyennement épaisses et opaques, et d'autres finalement, tout à fait intransparentes, gênent la vision plus que ne le faisait la cataracte primitive.

D'ailleurs, toutes ces variétés, loin de s'éclaircir avec le temps, s'épaississent et se plissent de plus en plus. Dans tous les cas, la cristalloïde antérieure seule est opaque, tandis que la cristalloïde postérieure conserve ordinairement sa transparence complète; les exceptions à cette règle générale constituent des anomalies avec lesquelles il ne faut guère compter dans la pratique. Un autre point, très important à noter par rapport à l'intervention, est celui-ci, sur lequel insiste tout particulièrement M. Panas, à savoir : que, dans les tentatives d'extraction de la cataracte capsulo-lenticulaire, l'examen du disque opaque ainsi enlevé démontre que la rupture se fait invariablement à la jonction de la capsule avec l'extrémité terminale des fibres zonulaires et non

du côté de l'insertion de ces dernières à la couronne ciliaire, d'où le peu de danger de la manœuvre tant décriée par ceux qui l'ont pratiquée le moins.

Notre savant confrère est non moins catégorique sur la prédisposition à la cataracte secondaire qui résulterait de tel ou tel mode d'extraction de la cataracte; et, contrairement à M. de Wecker et à M. Dufour (Société française d'ophtalmologie, 1890), il ne craint pas d'affirmer qu'avec l'extraction simple, les cataractes secondaires qui comportent une nouvelle intervention sont bien moins fréquentes.

Ceci posé, l'auteur en arrive à discuter les divers méthodes thérapeutiques qui leur sont applicables. D'une manière générale, il semble que c'est l'éclectisme qui prévaut : la discision pour celles minces et comme pelliculaires; la section aux ciseaux ou au couteau, pour celles moyennement épaisses et non adhérentes; et l'irido-capsulotomie pour celles épaisses et largement adhérentes.

La discision est des plus simples et des plus bénignes, soit que : 1° suivant le procédé classique, on pénètre d'emblée avec l'aiguille à discision, mieux avec une des nombreuses aiguilles falciformes, en deçà de la périphérie de la cornée, et qu'on attaque la membrane suivant son diamètre vertical, pour y pratiquer une boutonnière; soit que : 2° on fasse deux discisions en V à sommet central; 3° suivant la modification heureuse de Prouff, on remplace les aiguilles à discision par le kystitome, qu'on introduit dans la chambre antérieure en pratiquant à la circonférence de la cornée une paracentèse à la pique de 4 à 5 millimètres, pour couper ensuite, verticalement et de bas en haut, la membranule, avec la petite lame tranchante triangulaire de l'instrument. Mais M. Panas lui fait le grave reproche d'être absolument irrégulière dans ses résultats, et de devenir parfois même complètement inefficace en cas d'épaississement trop considérable de la capsule. Bien souvent aussi l'ouverture, qu'elle détermine, correcte et suffisament large au début, ne tarde pas à se rétrécir et même à se refermer par la suite. Et cela malgré la modification apportée par Bowman, qui introduisait dans l'œil deux aiguilles à discision à la fois, dont l'une, pourvue d'arrêt, était destinée à fixer la membranule, pendant que l'autre, agissant en sens inverse, déterminait une ouverture aussi large que possible. Mais cette méthode en raison des dilacérations du vitré qu'elle détermine forcément, est loin d'être inoffensive; et l'auteur la rejette définitivement, d'accord en cela avec la plupart des ophtalmologistes actuels. Mackenzie, Dufour, Dor, partagent, d'ailleurs, la manière de voir de M. Panas au sujet de la discision; qu'on peut toujours tenter tout d'abord mais avec l'idée bien arrêtée d'avoir recours, plus

tard, en cas d'insuccès, à la seule vraie intervention active, celle que préconise tout spécialement le savant professeur de l'Hôtel-Dieu, celle qu'il emploie uniquement, et qu'il a adoptée comme règle, depuis plus de trente ans à savoir, l'extraction des cataractes secondaires. Voici, du reste, comment il procède à l'opération : antisepsie complète, la veille, des culs-de-sac conjonctivaux, des bords palpébraux à l'huile biiodurée, les voies lacrymales saines ou rendues telles par un traitement préalable; puis application d'un pansement aseptique. Au moment de l'intervention, deux ou trois instillations de collyre huileux à la cocaïne à 2 p. 100; et dernier lavage des culs-de-sac à la solution mercurique. Blépharostat, ponction à l'aide de la pique triangulaire ordinaire, au bord de la cornée, mesurant non moins de 8 à 10 millimètres; puis on saisit la membranule, avec la pince articulée de Liebreich ou mieux avec celle de l'auteur, et on la tire au dehors, sans la rompre, ou le moins possible, et en respectant, autant que faire se peut, l'intégrité du vitré. Vingt-quatre à quarante-huit heures d'occlusion, et huit à dix jours plus tard les malades quittent l'hôpital avec une pupille absolument noire, arrondie, et contractile sous l'influence de la lumière.

Il va de soi que, lorsqu'on se trouve en présence d'adhérences iritiques trop larges et trop étendues pour se laisser arracher et qui exposeraient, si l'on continue les tiraillements, à une iridodialyse, on aura recours, séance tenante, soit à une irido-capsulotomie diamétrale, soit à deux obliques disposées en V, afin d'obtenir du coup une pupille plus large.

Hydrophtalmie et troubles cardio-vasculaires, par le professeur de LAPERSONNE. — A propos d'une observation recueillie sur une domestique de 22 ans, et chez laquelle une double hydrophtalmie coïncidait avec des troubles indiscutables de la circulation, M. le professeur de Lapersonne revient, après Gallenga et Angelucci, sur l'importance de la théorie vasculaire dans la genèse de l'hydrophtalmie primitive, et cherche à démontrer, une fois de plus, l'influence des troubles circulatoires sur le processus hydrophtalmique, ainsi que les relations étroites entre le glaucome juvénile et les troubles vaso-moteurs dépendant d'altérations du grand sympathique. Le fait qu'il rapporte présente d'autant plus d'intérêt, que la sympathectomie double, jugée indispensable après insuccès de l'ésérine, de la pilocarpine, de la sclérotomie antérieure et de l'iridectomie, en raison de la marche rapide de ce glaucome juvénile et de l'éréthisme vasculaire persistant, qui rappelait jusqu'à un certain point les caractères de la maladie de Basedow, donna un résultat aussi satisfaisant que possible. Immédia-

tement, en effet, après l'opération, la contraction de la pupille était très marquée à gauche, et a persisté les jours suivants; à droite, on notait un abaissement notable de la tension de l'œil, et il semble que l'ophtalmie ait diminué. Quant à la tension artérielle, deux jours après la sympathectomie, elle donnait 19 à gauche et 18 à droite, au lieu de 24 et 23; le pouls oscillait entre 80 et 90, au lieu de 100.

ANALYSE DE LA « CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE »

(Numéros de juillet, août et septembre 1902)

Par le Dr A. YVERT

Essais thérapeutiques sur quelques nouveaux produits (nargol, cuprol, jéquiritol et chlorhydrate d'adrénaline), par le Dr A. DARIER. — Résumé on ne peut plus intéressant et plus net des expériences faites par notre savant confrère avec les nouveaux produits en question.

Pour ce qui est, tout d'abord, du *nargol* (composé de nucléine et d'argent à 10 p. 100), son impression est peu favorable, et sa conclusion très catégorique : « comme action antiseptique ou caustique, le nargol a la même efficacité que le protargol, mais ne présente aucun avantage et a plusieurs inconvénients. Jusqu'à preuve du contraire, il doit donc être considéré comme inférieur au protargol ».

Le *cuprol*, en revanche, absolument et réellement indolore, lui a donné d'excellents résultats, en solution à 10 p. 100, dans certaines formes de conjonctivites subaiguës ou chroniques, de même que dans la conjonctivite folliculaire simple des écoliers. Ce médicament est particulièrement précieux dans *les alternances médicamenteuses*, utiles dans certaines conjonctivites ayant résisté aux sels d'argent, de zinc, de plomb, etc.

Quant au *jéquiritol*, employé comme *modificateur énergique de la nutrition de la cornée*, il pourrait remplacer avantageusement le jéquirity, dans toutes les indications que ce dernier comporte, à cette différence près qu'il est facilement dosable, et que si l'on a la patience nécessaire, on peut avec lui provoquer exactement la réaction que l'on désire obtenir. On peut même reproduire cette réaction à plusieurs reprises, jusqu'à ce que soit atteint le résultat thérapeutique cherché. Bien plus, au cas où la dose

aurait été trop forte, et l'ophtalmie jéquiritique, ainsi obtenue, trop intense, quelques instillations de jéquiritol-sérum suffiraient à remettre les choses au point. Quoi qu'il en soit, le jéquiritol n'aurait, pour M. Darier, que de rares et très spéciales indications : son utilisation paraît surtout parfaitement rationnelle quand, la cornée étant très opaque, on ne court aucun risque à chercher à en provoquer l'éclaircissement par une phlegmasie artificielle violente. Contre les infiltrations aiguës et plus légères, on doit recourir d'abord à la dionine, aux injections sous-conjonctivales et au massage.

Il n'en est plus de même du *chlorhydrate d'adrénaline*, présenté par Takamine, qui constitue un produit chimiquement pur, toujours identique à lui-même et ayant une action si puissante qu'on ne doit guère l'employer qu'en solutions très faibles, à 1/1000e au maximum. Il possède toutes les qualités de l'extrait de capsules surrénales, comporte les mêmes indications absolument, mais il a sur ce dernier, l'immense avantage d'être inaltérable, d'une régularité d'action parfaite et d'un dosage très exact.

Voici quelques-unes des principales formules adoptées et recommandées par notre distingué confrère :

a) Collyre anti-congestif et calmant à la coca-rénaline :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000e. .	0,50	(X gouttes)
Chlorhydrate de cocaïne.	0,10	
Eau stérilisée	10 gr.	

b) Collyre ischémiant :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000e. .	(XX à L gouttes)	
Solution de CnHg à 1/2000e.	10 gr.	

c) Collyre astringent :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000e. .	1 gr.	(XX gouttes)
Chlorhydrate de cocaïne.	0,20	
Sulfate de zinc.	0,20	
Eau distillée	10 gr.	

d) Collyre antiglaucomateux :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000e. .	1 gr.	(XX gouttes)
Chlorhydrate de pilocarpine	0,10	
Salicylate d'ésérine	0,02	
Eau stérilisée	10 gr.	

Deux à huit instillations par jour.

Raideur de la convergence, par le prof. KÖNIGSHÖFER, de Stuttgart. — A propos de cinq faits observés par lui personnellement, avec la plus scrupuleuse attention, le savant professeur de Stuttgart, décrit une affection, dont il n'a trouvé aucune indication dans la littérature à sa disposition, et qui consiste dans la réunion simultanée chez la même personne, hystérique ou neurasthénique, de spasme de la convergence, d'insuffisance des droits internes, de spasme et de faiblesse de l'accommodation. Les principaux symptômes sont : 1° une forte diminution de l'amplitude d'accommodation binoculaire, moindre de l'amplitude de l'accommodation monoculaire; 2° une diplopie homonyme dans la vision de loin, au delà d'un point variable d'ailleurs pour chaque observation, avec écartement identique pour toutes les régions du champ de fixation, mais augmentant par l'éloignement; 3° une vision simple pour des zones plus ou moins grandes, en relation avec le punctum remotum actuel de l'œil; et de nouveau une diplopie croisée pour le rapprochement; d'où résultent : 4° des maux de tête, une fatigue rapide pendant la lecture, des vertiges surtout prononcés pendant la marche sur une route pavée, sur un parquet sur un trottoir carrelé.

Dans les cinq cas, la cause première de l'affection est la neurasthénie ou l'hystérie; ou la combinaison de ces deux névroses. Elle survient toujours après un travail exagéré, à courte distance, sous forme de lecture et d'écriture. Le meilleur mode de traitement consiste : soit dans l'instillation du collyre à l'atropine, dans le repos plus ou moins prolongé, au besoin dans une chambre obscure, et dans l'administration à l'intérieur des médicaments spéciaux à la névrose en question.

L'iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte sénile, par le Dr AUBINEAU. — Frappé de la fréquence des iridochoroïdites dans l'extraction combinée; de la proportion assez considérable, par contre, de hernies de l'iris, dans l'extraction simple, sans iridectomie; convaincu que, dans le premier cas, comme dans le second, ce sont les enclavements de l'iris, inaperçus peut-être, mais n'en existant pas moins en réalité (Terrien), qui jouent le principal rôle dans les complications post-opératoires de la cataracte, M. Aubineau en est arrivé à conclure que « la méthode opératoire qui, dans la cataracte, donnera le plus de garanties, doit donc non seulement éviter la hernie de l'iris, mais encore écarter l'influence fâcheuse que la section fraîche de la membrane irienne semble avoir sur l'enclavement. Que la méthode de l'iridectomie préalable réalise ces deux avantages ». Aussi, recourt-il systématiquement, depuis trois ans, à l'*extraction espacée*, qui consiste

à pratiquer quinze jours environ avant l'extraction une iridectomie préalable (incision de 5 à 6 millimètres faite au couteau lancéolaire à 1 ou 2 millimètres au-dessous du niveau du limbe).

L'huile hypériodée en thérapeutique oculaire (*Iodipine-Lipiodol*), par M. BELLENCONTRE. — L'huile hypériodée est un corps nouveau, une véritable combinaison stable d'iode et d'acides gras, absolument incolore, inodore, sans causticité, ni toxicité, et dont la grande supériorité est de pouvoir être administré en injections hypodermiques à doses massives, sans douleur, sans danger, et sans iodisme ; alors que les autres préparations d'iode ne sont point ou très mal tolérées. Expérimentée en Allemagne sous le nom d'*Iodipine*, contenant 10 ou 25 p. 100 d'iode, elle est préparée actuellement en France sous celui de *Lipiodol*, à 40 p. 100 d'iode. Elle agit à la fois comme l'iode et comme les iodures. Sa résorption est rapide : moins de vingt minutes après son absorption, on trouve l'iode dans les urines ; son élimination très lente, durant plusieurs semaines et même plusieurs mois. Son meilleur mode d'emploi consiste en injections hypodermiques ou même, quoique plus rarement, sous-conjonctivales ; dans ces conditions, son activité est portée au maximum. La dose moyenne de lipiodol est, dans le premier cas, de 1 gramme par jour pour les enfants ; de 2 grammes de 5 à 10 ans ; de 3 grammes de 10 à 15 ans ; de 5 à 10 grammes par jour chez l'adulte. Suivant le résultat cherché, on peut continuer les injections pendant vingt ou trente jours ; ou encore les faire pendant dix jours consécutifs avec un repos d'égale durée, et les renouveler une ou deux fois. L'injection sous-conjonctivale peut être quotidienne, et d'une à dix gouttes ; les petites doses renouvelées chaque jour paraissent largement suffisantes.

Son action la plus manifeste, en thérapeutique oculaire, est constatée : 1° dans la kératite interstitielle hérédo-syphilitique, où elle donne des résultats véritablement surprenants ; 2° dans les blépharites et les kératites d'origine scrofuleuse ou lymphatique ; 3° dans les iritis d'un caractère douteux avec descemétites, et infiltrations cornéennes profondes, quand le diagnostic est hésitant entre une syphilis latente, une localisation tuberculeuse ou une manifestation rhumatismale ; 4° dans les hyaloïdites chez les arthritiques, et même consécutives à un traumatisme ; 5° peut-être, y aurait-il lieu, également, de les utiliser dans certains décollements de la rétine non myopiques, avec exsudats sous-rétiniens ; 6° enfin, dans les affections exogènes de la cornée, elles paraissent agir comme les solutions hydrargyriques, et plusieurs kératites graves à hypopion leur ont cédé avec une grande rapidité.

De l'adrénaline, principe actif des capsules surrénales, par le Dr Hans Kirchner. — Excellent plaidoyer en faveur de cet extrait inaltérable de capsules surrénales, connu sous le nom d'*adrénaline*, préparée en premier lieu par le Dr Takamine de la maison Parke, Davis et Cie de Londres, puis par MM. Jacquet, de Lyon, et Mialhe, de Paris, et qui, sous la forme de *chlorhydrate d'adrénaline à 1 p.* 1,000, a la propriétéde se conserver presque indéfiniment, à la condition cependant d'être enfermé dans une bouteille bien noire, à l'abri de la lumière. Cette combinaison, qui jouit d'une action au moins aussi énergique que l'extrait de capsules surrénales lui-même, paraît appelée, selon l'auteur de cet article, à rendre surtout de signalés services dans les cas de glaucome, où il a obtenu, pour son compte personnel, des résultats réellement surprenants.

L'extraction de la cataracte compliquée de dacryocystite, par le Dr J. Terson (de Toulouse). — Il n'est aucun spécialiste qui ne connaisse, peut-être malheureusement par expérience, les dangers que fait courir aux opérés de cataracte, l'existence préalable d'une dacryocystite plus ou moins ancienne. « Opérer en pareils cas la cataracte sans traitement lacrymal, c'est déterminer à *coup sûr* une infection oculaire », provoquée par le reflux incessant vers la plaie opératoire de la sécrétion du sac lacrymal, infectée par les microbes les plus divers, plus ou moins associés (streptocoque, staphylocoque, bactérium coli, bacille pyocyanique, pneumo-bacille, microbes de l'ozène, pneumocoque). Pour parer à cet inconvénient, deux procédés principaux sont habituellement mis en pratique : soit 1° l'extirpation préalable et totale du sac lacrymal préconisée par le Dr Rollet à la Société de chirurgie de Lyon, en mai 1901 ; soit, 2° l'oblitération préalable des canalicules lacrymaux à l'aide du galvano-cautère, ainsi que le recommande, avec d'autres, tout particulièrement Haab. A ces deux méthodes notre distingué confrère de Toulouse, préfère de beaucoup la suivante qui consiste : à rouvrir tout d'abord un large passage du côté des fosses nasales aux larmes et à la sécrétion infectée du sac, qu'il aseptise ensuite par quelques injections au protargol; intervention qu'il fait suivre, *pendant deux semaines*, d'un abondant lavage *bi-quotidien* des voies lacrymales à l'aide de la sonde creuse. Après ces soins préalables et assidus, toute sécrétion *muco-purulente* ayant disparu, il pratique l'extraction de la cataracte, non sans avoir une dernière fois poursuivi plus longtemps encore qu'à l'ordinaire l'asepsie des voies lacrymales, des culs-de-sac conjonctivaux, des paupières et du bord ciliaire. Comme détails consécutifs extrêmement importants : l'opération terminée, au lieu du pansement sec

habituel, M. Terson applique un tampon épais d'ouate hydrophile stérilisée, arrosée d'eau distillée, bouillie, boriquée à 4 p. 100, et maintenu mouillé par une garde spéciale toutes les demi-heures. Cette irrigation est continuée, sans interruption nuit et jour, pendant quatre à cinq jours. Entre temps, après vingt-quatre heures, même en l'absence de toute souffrance, on enlève le pansement, *sans entr'ouvrir les paupières*, pour s'assurer s'il n'est pas taché; et si tout va bien, on se contente de changer la ouate. Mais, s'il y a quelque motif d'inquiétude, *il ne faut pas hésiter à inspecter la plaie et à laver les voies lacrymales à l'aide de la sonde creuse*, avec tous les ménagements possibles, bien entendu. Quoiqu'il arrive (et c'est ici où les précautions nous paraissent peut-être un peu exagérées), ce lavage doit en tous cas se faire trente-six à quarante-huit heures au plus après l'opération, *quoique tout soit en parfait état*, et sans se préoccuper outre mesure de la réouverture de la chambre antérieure. Ce lavage *quotidien* des voies lacrymales, le soir de préférence, s'impose *jusqu'au départ du malade*, du treizième au quinzième jour. Grâce à ces moyens, peu compliqués d'ailleurs, M. J. Terson aurait constamment obtenu des résultats remarquables.

Dilatation extraordinaire du sac lacrymal de l'œil gauche, par le Dr Rutten (de Liège). — Il s'agit, dans ce fait extrêmement rare et intéressant, d'une tumeur lacrymale constituée par la dilatation extraordinaire du sac lacrymal. La poche avait envahi toute la paupière inférieure, dépassait même l'angle externe en longueur, remplissant comme un gros œuf de poule toute la cavité orbitaire et empêchant la patiente de se servir de son œil. Cette dacryocystite gauche existait depuis une trentaine d'années; la malade raconte qu'elle faisait sortir le pus au moyen d'une pression sur le sac, mais que depuis deux ans elle ne parvient plus à mener à bonne fin cette petite opération qu'à des intervalles très irréguliers. Le sac n'avait pas été vidé depuis deux mois, quand notre confrère fut consulté. Comme intervention, après avoir évacué le contenu de la poche au moyen d'un mince stylet introduit par le point lacrymal, le Dr Rutten procéda à l'extirpation du sac par l'incision verticale ordinaire; et, après avoir excisé au moyen des ciseaux tout ce qu'il put, détruisit la partie restante et adhérente à l'os par le galvano-cautère, cautérisation ignée renouvelée après quatre jours. Pansement à l'iodoforme. Guérison complète au bout de quatre semaines; larmoiement insignifiant; léger ectropion presque pas visible.

Un cas d'exophtalmie unilatérale et passagère de l'œil gauche, par le Dr Rutten (de Liège). — Observation de saillie du globe oculaire gauche, survenue très rapidement chez un névropathe, avec diminution très notable de l'acuité visuelle de ce côté; compliquée huit jours après d'immobilité et de proéminence beaucoup plus accentuée du globe de l'œil, de diplopie, des signes de Stellwag et de de Græfe, avec hypertrophie thyroïdienne, tachycardie et engorgement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires. Absence de tout symptôme pouvant faire songer à une inflammation ou au développement d'une tumeur de l'orbite. Par exclusion le Dr Rutten en arrive à conclure à un de ces cas rares, auquel nous avons déjà fait allusion précédemment, d'unilatéralité de l'exophtalmie dans le goitre exophtalmique. Mais nous n'oserions être aussi affirmatif à ce sujet que notre excellent confrère; et nous avouons conserver, les plus grands doutes sur l'exactitude d'un pareil diagnostic. D'accord, en cela, du reste, quant au fond, avec l'auteur lui-même, qui avoue, dans un alinéa de son article, que : « L'apparition brusque d'une exophtalmie aussi considérable, la fixité prononcée du globe, la diplopie, la diminution si notable de la vue peuvent certes difficilement s'expliquer par une névrose cardio-vasculaire ».

Trois cas d'implantation de graisse pour améliorer la prothèse oculaire, par le Dr Daniel Velez. — Il s'agit, dans le premier cas, d'une jeune fille énucléée depuis deux ans de l'œil droit; et chez laquelle l'auteur fit l'implantation d'un peloton de graisse dans le but de remédier à la déformation causée par une orbite trop profonde. Dans le second, d'une amputation du segment antérieur de l'œil, suivie d'éviscération, d'implantation d'un peloton graisseux et de suture conjonctivale. Dans le troisième, d'une énucléation consécutive à un violent traumatisme; les muscles droits furent suturés en croix sur le globe de graisse et la conjonctive par-dessus. Or, dans ces trois faits, et malgré deux incidents survenus pour les deuxième et troisième, les résultats furent des plus satisfaisants. (Société d'ophtalmologie de Mexico, séance du 3 avril 1902.)

Les collyres huileux, par le Dr Albert Terson. — D'après l'expérience personnelle de l'auteur, si la plupart des collyres huileux ne présentent guère d'avantages sur les solutions ordinairement utilisées dans la pratique, par contre, le collyre hui-

leux à l'ésérine est absolument *indispensable* au clinicien; tout spécialement le collyre à l'ésérine pure à 1 p. 100 de Panas et Scrini, qui joue dans la pratique journalière, un rôle où il ne peut être remplacé par aucun autre. Exécuté avec toutes les précautions antiseptiques convenables, ce collyre à l'huile d'arachide ou d'olive, a, malgré son haut dosage, l'avantage considérable d'être admirablement toléré; de plus l'ésérine ne se transforme pas en rubrésérine dans la solution huileuse, l'asepsie reste complète pendant même plusieurs années consécutives, le collyre ne rougit jamais et peut se conserver, semble-t-il, indéfiniment. Bien plus, et comme M. Panas l'avait déjà démontré, il agit très énergiquement, *chez des malades réfractaires à l'ésérine employée en solution aqueuse*. C'est tout particulièrement contre les accidents glaucomateux que ses effets sont les plus manifestes et les plus éclatants, alors que, pour une raison quelconque, l'opération de l'iridectomie est ou refusée ou impraticable : dans les cas moyens, quand la crise est passée, on peut se borner à appliquer l'ésérine au moment du coucher de façon à agir fortement pendant la nuit, et à faire deux instillations diurnes de pilocarpine. Souvent même trois instillations d'ésérine par jour n'ont provoqué aucune intolérance. L'action peut en être, d'ailleurs, prolongée pendant plusieurs mois consécutifs sans le moindre inconvénient.

Parmi les autres collyres huileux, celui à la cocaïne paraît indiqué dans certains cas (brûlures, coupures, érosions cornéennes) où il importe d'avoir une solution onctueuse et aseptique. Quant à ce qui est des instruments utilisables pour les instillations, M. Terson recourt indifféremment aux ampoules stérilisées à l'autoclave, que l'ophtalmologiste peut avoir toujours sous la main dans sa trousse; aux flacons bouchés à l'émeri, aux pipettes compte-gouttes ordinaires à ouverture un peu large, sans caoutchouc de préférence (dissolution), et aussi aux flacons du modèle publié par l'auteur dans sa *Technique ophtalmologique* en 1898, mais légèrement modifié. Un mot sur l'origine de ces collyres, dont la première idée est due à Deval, 1850 et 1862, termine cet intéressant article.

Conjonctivite diphtéritique avec broncho-pneumonie, par le Dr Desvaux (d'Angers). — Il s'agit, dans ce cas intéressant, d'une conjonctivite diphtéritique double, survenue comme localisation primitive de l'infection générale, chez un enfant de 8 mois, atteint deux jours après la première consultation, d'un foyer broncho-pneumonique à droite. La guérison fut obtenue grâce à trois injections de 5 centimètres cubes chacune, de sérum antidiphtérique; aux lavages très fréquents des yeux avec une solution

de cyanure d'hydrargyre à 1/2000e; à l'emploi, dans l'intervalle, de la pommade iodoformée, et à quelques cautérisations au nitrate d'argent à 1/100e.

N'était-ce pas là le cas où jamais, d'employer localement les instillations et les badigeonnages de sérum antidiphtérique, dont on dit tant de bien depuis quelque temps?

Quelques observations sur l'emploi du jéquiritol en thérapeutique oculaire, par le Dr A. MAKLAKOW (de Moscou). — Les résultats, cités par notre confrère, ont été obtenus par l'instillation, répétée deux, trois, quatre fois au plus, d'une ou de deux gouttes du jéquiritol n° 1, n° 2 et même n° 4 dans un cas. La réaction ordinairement produite consiste en une tuméfaction des paupières, avec œdème de la conjonctive, une grande hyperhémie de la conjonctive bulbaire, et, dans les cas de kératite, en un développement abondant des vaisseaux dans la cornée, allant jusqu'au point opacifié de cette dernière. Douleur, en général, très vive; accompagnée, même parfois, de la formation de plaques quasi-diphtéritiques des conjonctives palpébrales et bulbaires. Sur quatre observations rapportées par l'auteur : dans la première, large kératite parenchymateuse à la période régressive, résultat tout à fait surprenant obtenu en six jours, après deux instillations seulement; dans la seconde, reliquat de kératite parenchymateuse, avec macules de la cornée, peu ou pas d'amélioration appréciable; dans la troisième, kératite progressive, résultat absolument nul; également, pour la quatrième, où il s'agissait d'un trachôme, et où la réaction ne put être obtenue même avec le jéquiritol n° 4. Au total, M. Maklakow ne se montre pas très satisfait de l'usage de ce médicament, et pense qu'il n'y a pas lieu de l'employer très souvent.

Extraction de la cataracte combinée à l'iritomie, par le professeur MANOLESCU (de Bucarest). — Absolument convaincu que le procédé idéal est l'extraction simple de la cataracte; mais persuadé, d'autre part, comme bien d'autres, que cette intervention doit, dans la pratique, être complétée assez souvent par l'iridectomie, notre distingué confrère a cherché un moyen terme, dans l'iritomie, qu'il décrit ainsi : « Exécution : on procède comme pour l'extraction combinée avec l'iridectomie, et sans rien changer jusqu'au moment de l'excision de l'iris. Dans ce moment, au lieu de donner le coup des pinces-ciseaux horizontalement, on le donne verticalement. En effet, l'iris étant tiré hors de la chambre antérieure, jusqu'à ce qu'on voie un petit arc noir qui est le bord pupillaire, on fend simplement cet arc, en conduisant

les pinces-ciseaux le plus verticalement possible ». L'auteur a pratiqué ce procédé trente-deux fois en six semaines.

Or, comme le fait, avec raison, observer le comité de rédaction de la *Clinique ophtalmologique*, ce procédé est loin d'être spécial à M. le professeur Manolescu : d'autres auteurs en ont fait mention bien avant lui, et entre autres M. Galezowski qui le met assez souvent en pratique. Nous n'en voulons pour preuve, que cette phrase des *Leçons cliniques d'ophtalmologie*, publiées par notre excellent maître en 1902, où il dit, à propos de son *procédé d'extraction simple à lambeau semi-elliptique sans iridectomie*, que depuis 1885, sur 1365 cataractes, il a fait 1173 fois l'extraction simple, 179 fois l'extraction avec iridectomie et 13 fois l'extraction avec sphinctérotomie (iritomie de M. le professeur Manolescu).

L'hémorragie dans le cours de l'iritis, par le Dr FAGE. — L'épanchement sanguin dans la chambre antérieure, au cours de l'iritis, est un accident rare, qu'on rencontre surtout, dit-on, chez les vieillards, les rhumatisants et les goutteux. Suivant notre distingué confrère, il serait plus exact de dire que c'est l'athérome qui y prédispose, et logiquement d'incriminer les causes qui le provoquent : arthritisme, alcoolisme, syphilis, etc. Dans le cas particulier, rapporté par M. Fage, l'hyphoema, qu'il constata vers le douzième jour d'une iritis rhumatismale, ne paraît guère attribuable qu'à une hyperglobulie des plus manifestes; attendu que le seul trouble de l'organisme, qu'il put enregistrer, consistait dans un chiffre tout à fait anormal des globules sanguins, qui était de 6,670,000 sans la moindre disproportion, d'ailleurs, entre les globules blancs et les globules rouges. Au reste, en général, cette complication de l'iritis n'aggrave pas sérieusement le pronostic de cette affection, et ne fait guère que de retarder de quelques jours la marche de cette dernière. Comme traitement : il est bon de suspendre le collyre à l'atropine, qui pourrait augmenter la tension du globe de l'œil; de recourir aux ventouses d'Heurteloup, au bromhydrate de quinine. Par contre, M. Fage réserve la paracentèse de la chambre antérieure aux cas exceptionnels de surtension intra-oculaire et de douleurs par trop vives. Il nous semble que l'emploi du chlorhydrate d'adrénaline serait complètement indiqué et rendrait les plus grands services en pareille circonstance.

Sarcome du globe et de l'orbite gauche. Opération. Guérison, par le Dr RUTTEN (de Liège). — Cas intéressant de sarcome fusiforme à disposition alvéolaire, observé le 23 novembre 1901,

paraissant avoir débuté par la choroïde, et qui, à la suite d'accidents glaucomateux, détermina une perforation de la sclérotique du côté temporal de la papille, pour se développer au fond de l'orbite. Comme étiologie, on note un premier traumatisme par une grosse pierre au niveau de la tempe en 1889 et un second, par coups de manche de houe sur l'œil, en novembre 1900. Énucléation du globe et évidement des parties profondes de l'entonnoir orbitaire le jour même de l'arrivée du malade à l'Institut. Dix mois après cette intervention il n'y avait pas apparence de récidive; mais, au contraire, transformation complète de l'état général.

Les injections sous-conjonctivales de solution saline physiologique, suivant la formule de Pohel, dans quelques affections oculaires, par MORGANO (de Catane). — La solution ordinairement employée par l'auteur est de 1,5 0/0 dans de l'eau distillée bouillie; à la dose de 1 centimètre cube tous les deux jours. Or, les résultats constatés dans les affections inflammatoires, surtout exsudatives, des membranes profondes de l'œil, seraient pour M. Antonelli, des plus remarquables. L'amélioration serait rapide, après 2 ou 3 injections, se manifestant par l'élévation de l'acuité visuelle, l'élargissement du champ visuel, et l'éclaircissement du vitré. Les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'affection est plus récente. Quant au décollement rétinien, ces injections de sel physiologique seraient au moins aussi efficaces que les injections de chlorure de sodium, mais avec l'avantage d'être indolores et de pouvoir être répétées même tous les jours, sans provoquer d'adhérences dans l'épisclère. Dans des cas rebelles, la solution à 2 0/0 peut être employée sans crainte : il sera préférable de préparer chaque fois la solution, de l'injecter à une température de 37° environ et d'appliquer ensuite sur l'œil des compresses tièdes pendant une heure environ, ce qui facilitera de beaucoup l'absorption du sel.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

(1902)

MARCUS GUN. **Troubles fonctionnels de l'œil de nature hystérique.** — L'auteur rappelle d'abord les difficultés du diagnostic avec la simulation, et l'appuie sur : l'absence de symptômes dans le fond de l'œil, l'absence de troubles de la réaction pupil-

laire à la lumière, et enfin le mode spécial de guérison de ces troubles qui ne ressemble en rien à celle des lésions organiques. Le fait, énoncé récemment, d'une cécité monoculaire avec vision binoculaire normale, prouve qu'il y a deux centres distincts pour chaque œil pris à part, et pour chacun réuni avec l'autre, de même que la vision double et la fusion binoculaire sont deux choses différentes. Dans les amblyopies bilatérales, l'auteur a souvent rencontré dans la réaction pupillaire lumineuse, après la contraction, une dilatation secondaire qu'il rapporte à un début de névrite rétrobulbaire, phénomène fréquent chez les jeunes femmes hystériques. Enfin pour les troubles consécutifs aux accidents (de chemins de fer ou autres), l'auteur pense qu'il peut y avoir dans le nerf quelques îlôts de sclérose.

Holmes Spicer confirme le fait de mydriase secondaire, signe prémonitoire de névrite rétrobulbaire. Doyne insiste sur l'irrégularité du champ visuel pour les couleurs; quant à l'amblyopie traumatique on ne doit l'admettre qu'après avoir pensé à l'intoxication.

Grossman. **Tumeur éburnée de l'orbite.** — Ce cas qui a évolué pendant dix-huit ans sous les yeux du chirurgien, nous présente une récidive rapide et très volumineuse d'une tumeur éburnée de la paroi interne de l'orbite qui nécessita plusieurs interventions dont la dernière, en 1895, énorme et découvrant le palais; après quelques opérations plastiques de la face, le malade est aujourd'hui guéri.

Le Major Yarr présente deux cas de **lésion indirecte de l'œil par coup de feu.** Dans les deux cas la balle (Mauser ou Lee-Metfort) n'atteignit pas l'œil, mais après quelque temps des lésions oculaires apparurent plus ou moins graves : l'auteur pense à un ébranlement vibratoire à distance.

Bishop Harman a également vu un cas après érosion par un obus à grande vitesse, et un autre après explosion d'un obus à 2 mètres du blessé qui fut atteint de décollement rétinien presque total.

Charles Lee cite un cas de contusion de la paupière inférieure par une balle d'un petit fusil à air comprimé, suivie d'exsudats périvasculaires rétiniens, et atrophie de l'œil.

Yarr répond à Harman que le cas d'explosion d'obus rentre dans les observations d'éblouissement, déjà connues.

Menzies. — Le **détachement de l'épithélium cornéen,** en général très douloureux et d'origine traumatique (se frotter trop

vigoureusement les yeux au réveil), ne peut être traité que par la cocaïne.

DEVERENX MARSHALL fait observer que la cocaïne est une mauvaise médication pour une cornée déjà atteinte. SIMÉON SNELL pratique la péritomie. HOLMES SPICER : cette lésion est appelée matarienne en Amérique et traitée par l'arsenic et la quinine; peut-être est-elle de nature herpétique, associée à des troubles de menstruation... L'iridectomie est ici efficace. DOYNE admet une filtration par l'épithélium interne altéré. GILLIVRAY : la cocaïne huileuse n'a pas les inconvénients de la solution aqueuse.

LEE, à propos d'un cas de **névrite optique monoculaire**, décrit un cas présentant d'après GRIFFITH tous les symptômes de la névrite rétrobulbaire. Aucune fièvre, pas de symptômes généraux, ni traumatisme, ni cause cérébrale, œdème de la papille.

SIMÉON SNELL propose une nouvelle méthode de **suture des muscles après l'énucléation** pour améliorer le moignon. Pour cela, il commence par fixer chaque tendon à la conjonctive, avant de faire les sections tendineuses et après ablation du globe, il suture les tendons opposés, deux à deux, en même temps qu'il fait la suture de la conjonctive; la prothèse peut être ainsi faite plus rapidement. ERNEST CLARKE suture également des muscles mais seulement le droit interne avec la conjoncitve supérieure et le droit externe avec la conjonctive inférieure, les mouvements latéraux sont ainsi conservés, quant aux mouvements verticaux ils sont inutiles. ROBERTS a abandonné les sutures comme inutiles.

A la fin de la première séance, une motion d'EDRIDGE GREEN tendant à supprimer **l'épreuve d'Holmgreen pour la cécité des couleurs**, comme insuffisante et fausse, a été repoussée.

SANDFORD. **Traitement de la scléro-kératite.** — Quand on ne peut soupçonner la tuberculose même latente, prescrire la pilocarpine et le salicylate. Dans le cas de scrofule, les iodures et surtout le triodure de caféine avec le mercure à petites doses sont indiqués. MADDOX use de la péritomie, la pommade jaune et l'iodure de potassium; de plus il applique la chaleur sèche à l'aide d'un pansement parcouru par un fil électrique à grosse résistance qui élève la température. GRIFFITH : quand en plus de l'épisclère, le reste des tissus profonds est intéressé, aucun traitement n'est efficace. HARMAN : l'adrénaline amène un résulat momentané, mais peu à peu elle diminue le champ visuel par spasme des vaisseaux;

de même que la quinine. DEVERENX MARSHALL a observé un cas d'augmentation de la tension par l'adrénaline. HARMAN n'a jamais rien rencontré de tel. GLASCOTT insiste sur l'efficacité du massage et la nécessité de corriger les vices, même minimes, de réfraction.

WIDMARK présente un **sudérophone** de Janson, pour la recherche des corps étrangers en fer dans l'œil.

CHARLES WRAY dans son travail sur **la Civilisation et l'acuité visuelle** parle surtout de la myopie; il pense plutôt que la myopie du jeune âge est due à une faiblesse organique, et n'admet pas la véracité des statistiques.

WIDMARK. **Etiologie de la myopie.** — Trois facteurs agissent principalement : l'accommodation, la convergence et le degré de perception rétinienne. Pourtant le rôle de la convergence est douteux : ainsi après ablation d'un œil, la myopie de l'autre progresse néanmoins; de plus les lésions n'apparaissent jamais aux points tiraillés par la convergence. La véritable cause est l'hypérémie et la fatigue exagérée d'un œil dont le congénère est mauvais.

MADDOX, contrairement à Charles Wray, pense que les hypermétropes peuvent devenir myopes légers, mais non fort myopes. GRIFFITH ne croit pas à la réalité de l'évolution des hypermétropies en myopies légères. DOYNE, STORY, GILLIVRAY et SPICER sont d'avis contraire.

JAMES TAYLOR. **Formes rares d'atrophie du nerf optique.** — L'auteur après avoir écarté l'atrophie qui suit les tumeurs cérébrales, passe en revue les différentes formes de cette affection. Signalons la ressemblance des lésions chez les diabétiques à intoxication miotinique, avec celles des amblyopes toxiques purs, enfin la sensibilité des diabétiques au tabac. HOLNES SPICER insiste sur la fréquence de l'amblyopie toxique, celle de la névrite héréditaire dans le jeune âge, enfin sur une cause rare : l'absence de paroi osseuse du foramen opticum, d'où contiguité avec les sinus.

HANTHORNE doute du diagnostic étiologique de l'atrophie optique, d'après le seul examen de la papille. BROMER pense que beaucoup de cas d'amblyopie toxique sont des choroïdites qui cèdent à l'iodure, et rappelle la nécessité de toujours examiner le sens des couleurs. BISHOP HARMAN, s'appuyant sur l'embryologie de l'œil et la situation du centre trophique des filets nerveux qui constituent le nerf optique, admet: 1° une lésion primaire des cellules ganglionnaires par spasme vasculaire (quinine, hémorra-

gies graves) ou intoxication ; 2° une lésion secondaire consécutive à une autre affection nerveuse avec hyperplasie fibreuse et atrophie. L'aspect du disque varie suivant le nombre plus ou moins considérable de fibres atteintes. GILLIVRAY objecte comment expliquer l'atrophie après fracture du foramen. HARMAN suppose alors une lésion au niveau du disque par l'exsudat parvenu jusque là, très rapidement.

Dr A. BOUCHART.

LITTÉRATURE ANGLAISE ET AMÉRICAINE

(3e trimestre 1902)

AMLEY WALKER (*Lancet*). **Causes de l'inégalité pupillaire dans les anévrysmes thoraciques.** — D'après des expériences sur le lapin, et des observations cliniques du pouls et de la pupille, l'auteur conclut que la pression sanguine est la seule cause du phénomène : une tension forte déroule les sinuosités des vaisseaux iriens et produit du myosis.

BRWKSBANK (*Lancet*). **Traitement du strabisme convergent à l'hôpital.** — L'auteur présente un stéréoscope constitué par deux miroirs plans reliés par une charnière et supportant une barre avec un test-objet. Il fait avec cet instrument des exercices, après correction totale de la réfraction mesurée sous l'influence de l'atropine. La mère de l'enfant, et non l'hôpital, joue ici le principal rôle, par l'usage du stéréoscope.

RICHARD DERBY (*Medical Record*) rappelle la nécessité de la **surveillance du trachome et des autres affections contagieuses**, dans les écoles, par un médecin et non par un instituteur.

CARL ROLLER parle ensuite du **traitement de l'ophtalmie contagieuse de l'adulte.** — L'auteur préconise : le nitrate d'argent, l'isolement dans la chambre noire, la protection de l'autre œil, les applications froides interrompues (pour ne pas amener de la stase) et jamais de bandeau. Le protargol n'agit pas parce qu'il ne coagule pas ce qui est le seul processus actif. Les lavages de Kalt, faits par le médecin et non par la famille sont à recommander. Quant au trachome, le traitement doit être varié, mais le remède le plus généralement applicable est le collyre de glycérine et sulfate de cuivre.

MORISSON RAY. **Traitement des plaies pénétrantes de l'œil.** — Rien de spécial n'est à signaler dans cet article, si ce n'est la nécessité de tenter l'extraction par l'électro-aimant dans les quarante-huit premières heures, l'effet chimique commençant déjà, on sait que Hirschberg a toujours insisté sur la nécessité d'intervenir rapidement.

WILBUR MARPLE. Un cas d'**épithélioma paraissant guéri par le chlorhydrate d'adrénaline.** — Ce cas, appuyé sur une biopsie, aurait guéri en six mois, l'auteur admet une ligature lente des vaisseaux par l'usage prolongé de ce produit.

CH. HIGGINS (*British med. Journ.*). Un cas de **décollement rétinien guéri** : le repos, le mercure et les bains de vapeur, tel est le traitement qui, en quinze jours (après le traumatisme), a amené la guérison ; celle-ci s'est maintenue depuis. — CARTURIGHT cite un cas de décollement après l'extraction de la cataracte mais sans guérison de même DEVEREM MARSHALL, JESSOP et HARTRIDGE, admettent des améliorations mais toujours avec rechutes fatales.

Dans la même séance de la Société d'ophtalmologie du Royaume-Uni, SYDNEY STEPHENSON propose le **traitement du strabisme convergent par allongement du droit interne**, à l'aide d'une section oblique du muscle ou du tendon et suture ensuite. Ce procédé, renouvelé des sutures tendineuses à la main en usage, a donné six cas heureux.

GEORGE WHERRY (*Lancet*). **Buphthalmos.** — En plus du traumatisme ou de la maladie il y a parfois malformation congénitale, telle que la cornée n'est pas séparée de l'iris au niveau de l'angle de filtration. Le traitement chirurgical agit peu. Quant à la distension cornéenne, l'auteur fait remarquer qu'à 5 ans la cornée a ses dimensions définitives tandis que le cristallin continue à croître.

HERBERT PARSONS (*Opht. Rev.*) **Sclérite annulaire.** — L'auteur remarque que le limbe est toujours respecté dans cette forme, tandis que les nodules phlycténulaires partent du limbe pour s'étendre ensuite vers la cornée et l'équateur ; celui-ci n'est jamais dépassé, ce qui s'explique par la nutrition meilleure de la sclérotique en arrière des veines virticineuses. — Sur les trois cas décrits avec examen microscopique, de Schlodtmann, Friedland et Uhthoff, le premier paraît être de nature tuberculeuse.

MADDOX (*Opht. Rev.*). **Stéréoscope liseur.** — Cet instrument est un stéréoscope ordinaire, dont la portion optique est mobile pour être rabattue, de plus une pièce mobile portant cinq barres verticales peut être amenée devant les test-objets; enfin un écran en mica d'épaisseur variable est également mobile devant les yeux. On peut donc obtenir un stéréoscope ordinaire, un appareil à lecture contrôlée (Javal) et une diminution plus ou moins considérable de l'éclat des images avec l'écran de mica. L'utilité et l'usage de ces accessoires sont faciles à imaginer et à comprendre. Cet appareil paraît complet et susceptible de rendre beaucoup de services. L'auteur a ajouté une cloison élastique permanente, allant des prismes au carton en expérience.

STORY (*Opht. Rev.*). **Cataracte zonulaire.** — L'auteur fait une revue historique de la question, en rappellant Bowmann, Græfe, Arlt, Horner, Besselin et Schiriner. Le cas qu'il a examiné confirme les données de ce dernier : le cristallin entier est altéré et semé de vacuoles, plus étroitement rapprochées dans la portion cataractée, il faut admettre comme cause un trouble de nutrition passager, puis la rétraction du noyau qui produit les « cavaliers ». Cette théorie semble faire croire qu'il y a une opacification même légère de tout le cristallin. — De plus d'après, les dimensions de la cataracte qui égale un cristallin d'enfant de 2 ans et non de 5 mois, on est ramené à admettre une lésion partielle et non totale, ou alors une rétraction rapide et considérable du cristallin.

Dr A. BOUCHART.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Le Kératocône, par M. COSSE. — Intéressante étude sur le kératocône et résultat très satisfaisant donné par le traitement employé par le Dr Lagrange : cautérisation de la partie acuminée du kératocône et de la zone voisine qui entraîne, sous l'influence de la réparation cicatricielle consécutive, un affaissement tel de la cornée que la déformation conique disparaît presque complètement. Ultérieurement une pupille artificielle combinée au tatouage permettent une acuité très convenable.

Chez plusieurs malades opérés par le Dr Galezowski, nous avons obtenu de bons résultats par l'électro-cautérisation des parties périphériques de la cornée, répétée plusieurs fois; des instillations de pilocarpine et le port d'un bandeau compressif complétaient le

traitement. Ce procédé peut être conseillé tout d'abord et, en cas d'échec, on peut s'adresser au traitement préconisé par le Dr Cosse (*Touraine médicale*, 15 octobre 1902). — P. SENDRAL.

L'abaissement de la cataracte, par M. GUENDE. — Court plaidoyer en faveur de l'abaissement qui mérite d'être maintenu dans la chirurgie oculaire et qui peut rendre parfois quelques services. Tel le fait de M. Valude : une hémorragie expulsive constatée sur un premier œil opéré de cataracte put être évitée sur le congenère par la réclinaison; tels encore les deux faits présentés par M. Truc au dernier congrès international de médecine de Paris, concernant, le premier, un sujet atteint de forte toux avec nervosisme excessif et indocilité; le deuxième, une personne présentant avec une toux violente, de la rétention urinaire et de l'artério-sclérose généralisée.

L'observation du Dr Guende concerne un malade atteint de dacryocystite double avec suppuration abondante qui ne pouvait suivre un traitement préalable des voies lacrymales et des annexes[1].

Les indications de cette opération sont très rares, mais il est bon de la connaître car elle peut éviter des désastres opératoires, mais il ne faut pas oublier que c'est une méthode d'exception qui expose parfois à de graves complications : inflammation du tractus uvéal, glaucome, altération du globe et atrophie consécutive (Extrait du *Marseille médical*). — Dr SENDRAL.

Plaie pénétrante du globe; énucléation; expertise médico-légale, par M. BADAL. — L'observation que publie le Dr Badal est d'une déduction pratique; elle appelle notre attention sur la grande difficulté du rôle du médecin légiste et nous engage à nous montrer prudents dans le cas d'expertise pour accidents du travail. Elle nous engage à nous méfier de la perte du sens musculaire qu'on observe chez les opérés de cataracte et plus particulièrement chez les malades qui ont subi une perversion profonde de la vision binoculaire (*Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, septembre 1902). — Dr SENDRAL.

L' « Energie de croissance », par M. Maurice SPRINGER. — Nous craignons de sortir de notre cadre en analysant dans le recueil ce travail si documenté. Toutefois nous engageons nos lec-

1. Dans le cas du Dr Guende, on peut se demander s'il ne serait pas préférable d'obtenir l'oblitération préalable des canalicules lacrymaux à l'aide du galvano-cautère, procédé recommandé par Haall.

teurs à faire cette lecture si instructive, si fertile en déductions biologiques d'un ouvrage qui dénote de la part de l'auteur une scrupuleuse honnêteté scientifique et le souci de présenter une œuvre originale assise sur des bases très précises. — Dr SENDRAL.

Les enseignements d'une statistique, par le Dr X. GROS (*Arch. de médecine navale*, 1902, n° 9, p. 185). — De l'intéressante étude faite par notre confrère, de la statistique des troupes hollandaises dans les colonies, nous extrayons le passage suivant :

IX. *Maladies des yeux.* — Par ordre de fréquence, pour 1,000 malades atteints d'affections oculaires, celles-ci sont distribuées de la manière suivante :

	Européens.	Indigènes.
Conjonctivite catarrhale.	382,5	754,0
Conjonctivite granuleuse	424,5	105,0
Conjonctivite blennorragique.	8,5	46,0
Maladies de la cornée.	57,4	58,0
Maladies de l'iris.	48,5	10,0
Maladies du cristallin.	4,0	4,0
Maladies de la choroïde et de la rétine. .	12,5	2,5
Maladies des voies lacrymales.	12,5	1,0
Vices de réfraction	48,5	20,0

a) On voit que chez les Européens (Allemands, Hollandais et Belges), mercenaires à la solde du gouvernement néerlandais, la conjonctivite granuleuse est beaucoup plus commune que chez les Malais (plus de trois fois).

b) Chez ces derniers, la conjonctivite catarrhale est plus répandue que chez les Européens (malpropreté, encombrement, habitations enfumées).

c) Les maladies de la cornée sont relativement moins fréquentes chez les Européens que chez les Asiatiques. Elles sont moitié moins communes dans les Indes néerlandaises que dans la flotte allemande. La fréquence plus grande des maladies de la cornée chez les marins est, sans aucun doute, due à la plus grande fréquence des lésions traumatiques de cette membrane (en rapport avec les professions : mécaniciens, chauffeurs, routiers, armuriers, etc).

d) Chez les Malais, la conjonctivite blennorragique est beaucoup plus commune (environ 5 ou 6 fois) que chez les Européens. La blennorragie n'est cependant pas plus fréquente chez les premiers, mais ceux-ci prennent moins de précautions de propreté que les Européens, et la forme et la nature du vêtement (absence

de chemise et pantalons lâches, etc.), favorisent peut-être la contamination.

e) Les troubles de la réfraction ont été constatés deux fois plus souvent chez les Européens que chez les Asiatiques.

f) Les maladies de l'iris sont quatre fois plus communes (syphilis, rhumatisme?) chez les Européens que chez les Malais.

g) Les maladies de la choroïde et de la rétine sont plus répandues chez les individus de race blanche (environ cinq fois plus), diabète, rhumatisme, syphilis, albuminurie, etc.

h) Les maladies des voies lacrymales sont environ douze fois moins fréquentes chez les Asiatiques (infections nasales descendant en conjonctivites granuleuses plus rares).

i) Les maladies du cristallin ont été fort rares dans les deux races et observées en proportions égales.

Les statistiques militaires éliminent nécessairement certaines affections congénitales de l'œil, sur un très grand nombre de vices de réfraction, beaucoup de maladies de la cornée propres ou plus spéciales à l'enfance, certaines maladies (cataractes, glaucomes, etc.) frappant de préférence les vieillards, sans compter les affections sur lesquelles la sexualité féminine peut avoir une influence. — CHAUVEL.

Traitement du décollement de la rétine par la méthode de Dor. — Nous extrayons du *Zeitschrift für Augenheilkunde* (décembre 1901), les principales conclusions d'un article publié par le Dr GALLUS, de Hannover.

La méthode dite de Dor, tout en ne comprenant aucun moyen nouveau, constitue, d'après cet auteur, un ensemble de médications qui, ajoutées les unes aux autres, se prêtent un appui mutuel ne pouvant que contribuer à la guérison. Ce sont :

1° Les injections sous-conjonctivales de Na Cl à 30 p. 100.

2° Les pointes de feu sur la sclérotique;

3° Les émissions sanguines à la tempe;

Et enfin le décubitus pendant six semaines environ.

C'est un mode de traitement très douloureux et très difficile, mais qui donne en général d'assez bons résultats, surtout quand il s'agit de décollements de date récente et dus seulement à la présence d'un exsudat sous-rétinien, sans qu'il y ait encore ratatinement ou formation de brides du corps vitré.

L'injection sous la conjonctive d'une solution salée concentrée attirera par osmose les liquides des tissus attenants et soutirera une plus ou moins grande partie de l'exsudat sous-rétinien (Jocqs). Les cautérisations de la sclérotique en amincissant cette membrane facilitent la transsudation du liquide. Enfin la déplétion sanguine

produite par l'application de ventouses ou de sangsues à la tempe apporte une modification réelle, mais encore mal expliquée de la circulation intraoculaire.

Naturellement le lieu d'application de ces différents moyens devra être aussi rapproché que possible du siège du décollement, mais ces applications trop fréquemment répétées à la même place provoquent un état irritatif des tissus qui ne permet pas de trop fréquentes interventions.

La douleur provoquée par ces injections est quelquefois d'une extrême violence et peut durer jusqu'à douze heures, s'accompagnant parfois de nausées et de vomissements. (M. Gallus paraît ignorer l'action analgésiante puissante de l'acoïne, qui nous permet de faire presque sans douleur, même les injections de Dor, si l'on injecte une quantité d'acoïne suffisante[1].)

Dans 5 cas sur 8, le traitement amena un recollement complet de la rétine, mais la fonction ne se rétablit que dans une partie seulement de cette membrane, le champ visuel restant encore rétréci même pour le blanc. Le rétrécissement pour les couleurs étant la règle, même dans les cas les mieux guéris, comme Baas le premier l'a fait remarquer.

Le plus souvent, l'amélioration se produit dans les 8 jours qui suivent la première opération.

Gallus conclut que d'après sa propre expérience, *la méthode de Dor est applicable dans tous les cas où il s'agit d'un exsudat sous-rétinien primitif, et le recollement est d'autant plus probable et plus rapide que le décollement est de date récente, qu'il y ait ou non déchirure de la rétine; même en cas de récidive, le traitement peut être encore suivi de succès.*

Mais ces résultats brillants ne sont pas toujours durables et les récidives sont si fréquentes qu'on ne peut recommencer souvent un traitement fort difficile et fort douloureux. Des 5 cas notés comme guéris, un seul l'est resté jusqu'à ce jour, un deuxième a eu une récidive et un troisième a été guéri 6 mois, un autre 10 semaines et le dernier 6 semaines seulement.

Il y aurait donc lieu de chercher à perfectionner cette méthode de traitement de façon à provoquer un accollement plus solide de la rétine, rendant impossible un nouvel épanchement sous-rétinien.

Mode de cicatrisation de la capsule du cristallin après les plaies de cette membrane, par M. F. TERRIEN. — Dans une pré-

1. Voir Darier, *Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes*, page 4. Un vol. grand in-8. Paris, 9, rue Buffault.

cédente communication, notre distingué confrère avait déjà démontré que la cicatrice de la capsule du cristallin, après l'opération de la cataracte, était purement épithéliale. Aujourd'hui, il prouve de même, qu'après les plaies superficielles de la capsule, la réparation se fait aux dépens de l'épithélium sous-capsulaire; il apporte, à l'appui de cette manière de voir, des expériences on ne peut plus concluantes, faites sur de jeunes chiens, où il a pu obtenir une plaie linéaire de la capsule sans cataracte traumatique, avec réparation purement éphithéliale. Comme conclusion définitive, il termine en disant : que la plaie capsulaire soit ou non accompagnée de cataracte traumatique; qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de phénomènes réactionnels, toujours la cicatrisation est purement épithéliale et se fait aux dépens de l'épithélium sous-capsulaire qui prolifère et dans lequel on retrouve quelques amas pigmentaires. (Société de Biologie, séance du 28 juin 1902.) — Dr YVERT.

Tuberculose de l'iris, par M. LAGRANGE. — Présentation d'un jeune malade, vigoureux en apparence, issu de père et de grand-père tuberculeux, et qui présente un semis de granulations tuberculeuses au niveau de l'iris gauche; pour lequel le savant professeur de Bordeaux demande l'avis de ses collègues : penchant lui-même, personnellement, vers le traitement purement médical et l'abstention opératoire, qui pouvait favoriser l'ensemencement et déterminer la généralisation de la tuberculose. Telle est aussi l'opinion de la plupart des médecins ou chirurgiens qui prennent part à la discussion, estimant qu'il y a lieu d'appliquer à ce cas particulier la règle chirurgicale ordinaire, qui consiste, quand un organe est atteint de tuberculose, à recourir d'abord au traitement médical; et si ce dernier échoue, on ne doit pas hésiter à faire l'ablation complète de cet organe, qu'il s'agisse, d'ailleurs, d'un œil, d'un testicule ou d'un rein, par exemple. (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 20 juin 1902.)

Dr YVERT.

Sur un cas de névrôme plexiforme de l'orbite droite et de la face, par M. DELFOSSE. — Il s'agit d'une fillette de 3 ans entrée dans le service de M. le prof. Duret pour une exophtalmie à droite. Celle-ci, déjà apparente au moment de la naissance, s'était accompagnée vers l'âge de 2 ans d'atrophie du globe de l'œil et d'opacité de la cornée; il y a deux mois cet organe avait été énucléé. Au moment de l'examen de l'enfant, le 18 mars 1902, le côté droit de la figure est très déformé, la région orbitaire tuméfiée, la paupière supérieure atteinte de chémosis prononcé; l'oreille, le nez, sont repoussés vers le bas. A la palpation, on

découvre, sous la paupière supérieure, une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, d'une consistance très molle et rénitente; de cette masse partent des prolongements s'enfonçant dans l'orbite, remontant vers le front, se dirigeant vers la tempe, vers la joue; ces prolongements se présentent sous l'aspect de tendons durs et sinueux du volume d'une artère temporale d'adulte, à méandres très rapprochés; leur dureté est très grande, pierreuse; pas de pulsations, ni de battements, ni de souffle, ni de douleur à la pression. Peau d'aspect normal; pas de traumatisme antérieur. On porte le diagnostic de névrôme plexiforme, et le 24 mars 1902, M. Duret en fait l'ablation, par une incision pratiquée au-dessus du rebord supérieur de l'orbite et parallèle à lui. Mort trois jours après; l'autopsie confirma de tous points le diagnostic, et permit de constater que la tumeur, qui avait envahi tout le côté droit de la face jusque sous le bord inférieur du maxillaire inférieur, poussait quelques cordons jusque sur la partie droite de la selle turcique. (Société anatomo-clinique de Lille, séance du 28 mai 1902.) — Dr Yvert.

Phlegmon du sac lacrymal. Diplopie. Paralysie du grand oblique, par le prof. Badal. — Cas exceptionnel, et intéressant du fait même de sa rareté, de phlegmon du sac lacrymal, ayant atteint l'orbite par propagation directe et déterminé une paralysie du muscle grand oblique correspondant. L'observation, d'ailleurs, relate une exophtalmie très nette au moment de la deuxième poussée phlegmoneuse du côté du sac. En outre, il y est signalé un œdème des plus évidents de la papille et de toute la région rétinienne située autour d'elle; sans, cependant, le moindre trouble fonctionnel, puisque l'acuité visuelle est toujours restée absolument normale. A ce propos, M. Badal rapproche ce fait de deux cas de ce genre, non moins rares, de cécités subites survenant insidieusement à la suite du phlegmon du sac lacrymal, par propagation de l'inflammation à l'orbite et au nerf optique, qu'il a déjà eu l'occasion d'observer. Il n'est pas douteux, pour lui, qu'il s'agisse, dans le cas particulier, d'un fait de cette nature, heureusement modifié dans son évolution par des incisions larges et précoces pratiquées dans le but d'évacuer complètement le pus. (Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, séance du 28 avril 1902, et *Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, n° de juin.) — Dr A. Yvert.

Corps étranger de l'œil, par M. Lagrange. — Observation de tolérance du globe oculaire pour un corps étranger de dimensions relativement considérables, pendant trente années consécutives; n'ayant déterminé, durant toute cette période, aucun accident

sympathique, et ayant pu être extrait, sans le sacrifice de l'organe, après un séjour aussi prolongé. Le corps étranger en question, présenté par M. Lagrange, est un morceau de bois, long à peu près d'un demi-centimètre et du volume d'une allumette en bois, qui pénétra dans l'œil du malade à l'âge de 8 ans. A la suite de cet accident, l'œil devint douloureux, flétri, ratatiné, et tout sembla rentrer dans l'ordre. Il y a huit ans survint un petit abcès, puis un second il y a deux ans; et enfin, ces jours derniers apparut une poussée inflammatoire nouvelle. M. Lagrange put extraire, sans avoir besoin de recourir à l'énucléation, ce corps étranger, qui avait séjourné dans l'œil pendant trente ans. (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 27 juin 1902.)

Dr A. YVERT.

Variations de l'état de réfraction de l'œil humain suivant l'éclairage, par M. A. CHARPENTIER. — Ayant remarqué que sa myopie augmentait au crépuscule et que son accroissement pouvait atteindre 2 dioptries pendant les nuits claires sans lune, M. Charpentier a multiplié les observations à cet égard, et est arrivé à conclure que la réfraction de ses yeux est, dans une certaine mesure, fonction de l'éclairage, leur puissance réfringente augmentant quand l'éclairage diminue. Pour expliquer ce fait, l'auteur croit qu'on ne peut guère attribuer la diminution de la puissance réfringente, que provoque la lumière, qu'au déplacement en avant de la rétine, par suite de l'augmentation d'épaisseur de la choroïde qui se congestionne sous l'influence de la lumière. (Académie des sciences, séance du 30 juin 1902.)

Dr A. YVERT.

Traumatisme éloigné de l'œil et kératocône, par M. KOPFF. — Il s'agit, dans ce cas extrêmement intéressant, du développement d'un kératocône monoculaire survenu, à la suite d'un traumatisme, sur l'œil droit primitivement reconnu hypermétrope. Il s'agit, en effet, d'un jeune homme, actuellement âgé de 21 ans, et que M. Kopff a vu pour la première fois en 1895 : l'œil droit (celui qui est maintenant atteint de la déformation cônique) était alors hypermétrope ; le gauche légèrement myope. En 1894, violent coup de poing sur l'œil droit, qui occasionne de larges ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales ; quelques mois après, cet œil, primitivement hypermétrope, présentait un léger degré de myopie. En 1898, le jeune homme revint en disant que sa vue continuait à baisser : le kératocône central était déjà très manifeste, avec tous ses signes ophtalmoscopiques, kératoscopiques, amblyopiques et optométriques. En janvier 1902, nouvel examen, nécessité par une

diminution plus accentuée encore de la vision, au cours duquel on pouvait parfaitement constater à l'œil nu l'ectasie de la cornée, qui avait notablement augmenté. (Société de médecine légale, séance du 7 juillet 1902.) — Dr A. Yvert.

Les troubles de la vision dans les altérations organiques et fonctionnelles du système nerveux, par Crispolti. — L'hémianopsie homonyme et l'amaurose croisée sont toujours l'impression d'une altération du système nerveux, quand elles persistent. Si ces symptômes ne durent que quelques heures ou quelques jours, il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel. Ces symptômes n'ont rien à faire avec l'hystérie, qui ne cause pas l'hémiopie, mais bien l'amaurose unilatérale. L'hémianopsie homonyme et l'amaurose croisée, quand elles sont permanentes, quand surtout elles coïncident avec la cécité psychique ou avec une des nombreuses formes de l'aphasie sensorielle, sont constamment sous la dépendance de lésions organiques du système nerveux. (*Rassegna internationale della medicina moderna*, nos 9, 10, 11 et 12 mars, et avril 1902.) — Dr A. Yvert.

Double ectopie congénitale du cristallin, par M. Jacqueau. — Il s'agit, dans ce cas intéressant, d'un enfant de 4 ans 1/2 à vision extrêmement défectueuse, qui ne voit pas à distance, et qui, pour arriver à lire, frotte littéralement son nez sur son livre, et pourtant il n'est pas myope. Double tremblotement des deux iris, produit par le déplacement des cristallins, qui sont symétriquement déjetés en haut et en dedans; ils sont petits, absolument transparents, et présentent à l'ophtalmoscope la bordure sombre circulaire parfaitement caractéristique. Il s'agit donc, a n'en pas douter, d'une double ectopie congénitale cristallinienne. Tantôt cet enfant regarde au-dessous de son cristallin; mais parfois il distingue, les enseignes des magasins par exemple, au travers de cette lentille. Il paraît emmétrope à l'état normal; on distingue très nettement le fond de son œil avec + 10 à + 12 dioptries en passant à côté du cristallin, et un verre sphérique + 11 dioptries l'améliore très notablement pour la vision éloignée, avec S = 1/3. Quand ce malade regarde de près, il n'utilise pas son cristallin placé trop haut, et se rapproche, comme s'il était fortement myope, ainsi que cela se produit d'ailleurs dans toutes les hyperopies fortes, pour agrandir davantage les images des objets. Que faire en pareil cas? Il est bien évident qu'il vaudrait beaucoup mieux que les cristallins fussent enlevés; mais M. Jacqueau recule devant cette intervention, en raison des risques à courir. Par contre, on peut voir survenir la guérison spontanée; comme preuve, une dame âgée

d'une quarantaine d'années, que notre confrère a pu suivre depuis 4 ans, chez laquelle le cristallin, primitivement en haut, s'est mobilisé peu à peu, est descendu devant la pupille, s'est complètement détaché et se promène maintenant dans le vitré, sans la moindre gêne, et avec une vision aussi nette que possible. (Société des sciences médicales de Lyon, séance de juin 1902.)

Dr A. YVERT.

Influence des infections maternelles sur le développement des cataractes congénitales, par MM. NATTAN-LARRIER et MONTHUS. — Au cours de recherches méthodiques sur la tuberculose, ces expérimentateurs ont inoculé 15 femelles de cobayes dans les quatre dernières semaines de la gestation. 6 des portées issues de ces femelles, comportaient chacune 3 petites, atteintes de cataracte congénitale. A la suite d'inoculation de culture virulente de streptocoque à la femelle pleine, ils ont obtenu 6 autres cas de cataracte congénitale. Or, comme aucun germe n'avait franchi la barrière placentaire, il semble bien démontré que les lésions cristalliniennes doivent être rapportées à l'action des toxines maternelles sur les organes du fœtus. (Société de biologie, séance du 27 juillet 1902.) — Dr A. YVERT.

Kyste de la cornée, par M. H. DOR. — L'affection, dont est atteinte la malade présentée par M. Dor, est excessivement curieuse, puisqu'il n'existe que deux cas semblables dans la littérature médicale. En mars 1902, cette malade qui avait eu de l'iritis, il y a deux ans, vit apparaître sur la cornée de l'œil droit, une petite poche, a contenu clair, qui grossit rapidement jusqu'à prendre la dimension d'un pois, et creva. Depuis lors, cette poche s'est reproduite 20 ou 30 fois. La poche, qui a été vue par M. Dor, a éclaté de nouveau, et on ne voit actuellement que les parois revenues sur elles-mêmes. Il se propose, lorsque le kyste aura reparu, d'exciser tout ce qu'il pourra de la poche et de gratter la partie qui restera adhérente avec une curette, en ayant soin de ne pas pénétrer dans la chambre antérieure. Il n'y a pas la moindre communication avec cette dernière ; de sorte qu'il s'agit bien réellement d'un kyste et non d'un diverticule. (Société des sciences médicales de Lyon, séance de juillet 1902.) — Dr A. YVERT.

Déchirure de la zonule de Zinn, par M. AURAND. — Il s'agit, dans ce cas, d'une malade de 20 ans qui, à la suite d'une contusion du globe oculaire (flèche à pointe de fer, sans blessure apparente) fut atteinte d'une déchirure du bord interne de l'iris et d'une double rupture de la zonule avec cataracte partielle consécutive. L'auteur estime que toute intervention doit être déconseillée au

malade sauf dans le cas où apparaîtraient des accidents d'iridocyclite. (Société des sciences médicales de Lyon, séance de juillet 1902.) — Dr A. YVERT.

Ptosis double post-grippal, par M. JACQUEAU. — Présentation d'un homme âgé de 53 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, et qui paraît avoir eu la grippe il y a deux mois. Cette affection dura trois semaines, et le malade semblait guéri lorsque, quatre ou cinq jours après, il eut du ptosis de l'œil gauche, puis le lendemain du ptosis de l'œil droit. Actuellement il présente un double ptosis typique. Rien du côté de la musculature externe ou interne, ni dans le fond de l'œil, aucun signe de syphilis, pas de tabes. M. Jacqueau conclut à une paralysie infectieuse post-grippale. (Société des sciences médicales de Lyon, séance de juillet 1902.) — Dr A. YVERT.

De la dacryoadénite palpébrale suppurée, par LOR (de Bruxelles). — Ce que l'auteur veut avant tout faire ressortir de cette étude, c'est que : la dacryoadénite suppurée demande le plus souvent un traitement purement médical, n'exige aucune intervention chirurgicale et ne réclame certainement pas l'excision de la glande malade : les lotions antiseptiques tièdes, et les cataplasmes humides boriqués suffisent amplement. Avec M. Delens, il conclut : « Rarement on aura l'occasion de donner issue au pus à l'aide du bistouri, et il n'y a pas d'inconvénients à l'ouverture spontanée du petit abcès par lequel se termine ordinairement la dacryoadénite palpébrale ». (*Annales d'oculistique*, octobre 1901.)

Dr A. YVERT.

De la valeur de l'électrolyse comme traitement du décollement de la rétine, par le Dr MARAVAL (d'Oran). — Telles sont les conclusions, que notre excellent confrère se croit en droit de tirer du travail qu'il publie à ce sujet : 1° l'électrolyse donne dans les cas récents de décollement de la rétine, une amélioration réelle et constante; elle permet parfois d'obtenir une guérison absolue et définitive; 2° son application n'offre aucun danger, et un courant de 5 milliampères influence plutôt favorablement la nutrition générale de l'œil; 3° l'intervention peut, sans inconvénients être renouvelée plusieurs fois à quelques jours d'intervalle; 4° les injections sous-conjonctivales de sublimé, médication irritante, agissent en favorisant le maintien de l'effet obtenu par l'électrolyse; 5° le bandeau compressif et le repos répondent seulement au but de mettre l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser le recollement. (*Clinique ophtalmologique* de septembre 1901.) — Dr A. YVERT.

Troubles oculaires dûs aux parasites intestinaux, par le Dr Batard. — Dans ce très intéressant article, l'auteur cherche à démontrer que la présence des vers intestinaux (tœnia, ascaride lombricoïde, oxyure, ankylostome), dans l'appareil digestif peut produire du côté de l'œil des lésions parfois même très sérieuses. Il a noté, en effet, de ce fait : 1° le blépharospasme et la contracture du releveur de la paupière supérieure; 2° des paralysies des muscles extrinsèques du globe de l'œil, affectant, soit un seul muscle moteur, le plus habituellement le droit externe avec strabisme convergent; soit tout un groupe musculaire, avec paralysie conjuguée; 3° les muscles intrinsèques sont plus fréquemment le siège de troubles de cette nature, myosis et mydriase surtout; 4° pour M. Batard, le nystagmus n'avait bien souvent aussi, pas d'autre origine; 5° l'acuité visuelle peut être atteinte dans des proportions variables (hémianopsie, scotomes, centraux ou périphériques), et l'altération de la vision aller jusqu'à l'amaurose complète. Chez un malade, observé personnellement par l'auteur à la consultation de Saint-Raphaël, il y avait une stase papillaire très nette; et notre confrère a pu trouver dans la littérature médicale deux cas absolument conformes au sien; 6° il rapporte, enfin, encore des observations probantes d'hémorrhagies rétiniennes dues à l'ankylostome duodénal.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces diverses affections, M. Batard croit pouvoir l'attribuer aux trois causes suivantes : 1° action réflexe, par la voie du grand sympathique, à la suite d'une excitation des filets gastriques et instestinaux de ce système nerveux; 2° l'hystéro-traumatisme chez certains sujets particulièrement prédisposés; 3° dans certains cas, enfin, l'anémie. Nous sommes étonné de ne pas voir figurer dans cette énumération l'intoxication: résultant des toxines sécrétées pas ces hôtes anormaux du tube digestif, et à laquelle bien des auteurs, pour ne pas dire la plupart, semblent aujourd'hui disposés à faire jouer le rôle principal en pareille circonstance. (*Le Scalpel*, n° 40, 1901.)

Dr A. Yvert.

Résection du trépied orbitaire externe, par M. Gangolphe. — A propos de deux cas de résection du trépied orbitaire externe, par le procédé qu'il a imaginé, dans le but surtout d'aborder sans énucléation du globe de l'œil, les lésions rétro-bulbaires, notre savant confrère de Lyon expose le mode opératoire auquel il a désormais recours dans les faits de cette nature. Partant de ce principe : que la paroi externe de la cavité orbitaire constitue une sorte de trépied formé par l'aphophyse zygomatique, l'apophyse orbitaire du frontal et le malaire uni à la tubérosité maxil-

laire, M. Gangolphe estime que la section des trois pédicules du trépied et l'ablation de celui-ci lui donneraient un jour suffisant. Pour ménager, autant que possible, l'esthétique, il résolut d'employer une incision en Y couché horizontalement; sur l'apophyse zigomatique et parallèlement à elle, l'incision se dirige horizontalement en avant pour se bifurquer, l'un des traits passant dans le sourcil, l'autre se prolongeant dans le pli palpébral inférieur. Telle est, d'ailleurs, la description qu'il donne, lui-même, de l'opération qu'il pratiqua dans le premier des cas auxquels nous avons fait allusion plus haut, et qui servit de prétexte à sa communication :

« Incision en Y, dont la branche verticale chemine transversalement dans la région temporale, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, sur une longueur de 6 à 8 centimètres et s'arrête à l'apophyse orbitaire externe du frontal. Les branches obliques suivent l'une le bord inférieur, l'autre le bord supérieur du pourtour osseux de l'orbite, sur une longeur de 5 centimètres. La branche supérieure qui suit la ligne sourcilière n'a été tracée qu'après coup, pensant que l'on pouvait, peut-être, se dispenser de la faire.

L'incision pénètre d'emblée jusqu'à l'os. Le lambeau triangulaire ainsi délimité, et qui comprend la région de la commissure palpébrale est récliné en dedans, au moyen d'une pince hémostatique à griffes... On dénude alors, au bistouri d'abord, puis à la rugine, les trois pédicules osseux qui relient cet os au massif facial, à savoir : l'apophyse orbitaire, l'arcade zygomatique et l'angle inférieur du malaire, s'articulant avec le maxillaire supérieur. Puis on sectionne ces pédicules au moyen de la cisaille de Liston, mais très prudemment, afin d'éviter, pour le pédicule supérieur, la production possible d'un trait de fracture qui, suivant le plafond de l'orbite, irait ouvrir la cavité cranienne; pour le pédicule inférieur, l'ouverture du sinus maxillaire qui est à craindre ».

Telle est, en résumé, l'opération recommandée par M. Gangolphe, et qui a de nombreuses analogies avec celles de Kronlein publiée en 1889, dans le *Beitrage für klinische Chirurgie*, et avec la résection temporaire de l'os malaire, décrite en 1900 par Becker dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie;* mais avec ce grand avantage de donner beaucoup plus de jour, et de permettre tout à la fois : non seulement de supprimer des lésions implantées sur le squelette, mais encore de ménager facilement l'œil, et d'assurer le nettoyage aussi complet que possible de la cavité orbitaire. On peut, d'ailleurs, parfaitement, en cas de tumeur bénigne, à l'aide des mêmes incisions cutanées et des sections osseuses indiquées, ne faire qu'une résection temporaire du trépied orbitaire,

qui est mobilisé en bas et un peu en dehors dans une étendue bien suffisante. On dénudera l'os seulement au niveau des points de section. En relevant ensuite le trépied, on le fixera facilement au moyen d'un ou deux points de suture périostique au catgut. (Société de chirurgie de Lyon, séance du 21 février 1901.) — Dr A. YVERT.

Actinomycose du canal lacrymal, par M. BAGNERIS. — Notre confrère a observé une fillette de 13 ans atteinte depuis dix-huit mois de suppuration du canal lacrymal supérieur, malgré des lavages antiseptiques nombreux et répétés. Le point lacrymal était béant et le canal kystique. M. Bagneris, pensant à de l'actinomycose, incisa le canal, tomba sur les concrétions avec la gangue molle gélatineuse caractéristique, et les enleva avec la curette. L'examen microscopique confirma le diagnostic. La suppuration était donc entretenue par l'actinomycose; et l'auteur ajoute même que cette lésion n'est pas très rare. (Société médicale de Reims, séance du 23 avril 1902.) — Dr A. YVERT.

Traitement des affections des voies lacrymales par les sondes de gélatine au protargol, par le Dr ANTONELLI. — Le sel organique conserve toutes ses propriétés dans ce mélange : sa dissolution est lente et l'action locale prolongée. Les bougies à 50 p. 100 de protargol, longues de 4 centimètres, du calibre de la sonde n° 4 de Bowmann, sont introduites après section partielle du canalicule inférieur et immédiatement après avoir retiré la sonde n° 5 ou 6. Ce mode de traitement a donné d'excellents résultats dans les cas de dacryocystite chronique ou purulente. (*Annales d'oculistique*, octobre 1901.) — Dr A. YVERT.

Spasme de l'orbiculaire d'origine traumatique, par M. GLORIEUX. — L'auteur présente une jeune fille de 16 ans qui, en se promenant dans un bois, fut fouettée au front par une baguette; pas de trace extérieure de ce traumatisme. Subitement, au bout d'une semaine, elle se trouva dans l'impossibilité presque absolue d'ouvrir les yeux: à peine pouvait-elle légèrement soulever les paupières. L'œil, examiné par le Dr Gallemaerts, s'est présenté absolument normal. Il y a, dans ce cas, un spasme de l'orbiculaire, bien plutôt qu'une paralysie du releveur. Quand cette jeune fille est dans la rue, elle a un peu plus de difficulté à ouvrir l'œil que dans l'intérieur de la maison. Aucun symptôme objectif; il n'y a jamais eu aucun stigmate hystérique, jamais aucune lésion oculaire : nous avons affaire à de l'hystérie monosymptomatique. (Séance de la Policlinique de Bruxelles du 25 avril 1902.)

Dr A. YVERT.

De l'action nuisible du naphtol β, à dose thérapeutique, sur l'œil humain, par Van der Hoeve. — Chez un homme de 40 ans, survinrent, à la suite de l'application sur la peau de pommade à 3 p. 100 de naphtol β, des opacités cristalliniennes, qu'en l'absence de toutes autres causes morbides capables d'expliquer l'origine de l'affection, notre confrère se croit autorisé à rattacher à l'absorption du naphtol. (*Von Graefe's Archiv für Ophtalmologie*, t. 53, f. 1.) — Dr A. Yvert.

Action nuisible de la naphtaline sur le cristallin, par Lezenius. — Un de nos confrères russes a de même signalé en 1901 l'apparition d'une cataracte double chez un homme de 36 ans, après l'absorption de 5 grammes de naphtaline. Huit à neuf heures après avoir terminé l'ingestion de cette dose, la vision avait diminué au point que le malade comptait à peine les doigts à 1 m. 50. L'examen ophtalmoscopique révéla l'existence d'un trouble diffus du cristallin avec points grisâtres disséminés dans la masse. (Société d'ophtalmologie de Saint-Pétersbourg, séance du 20 septembre 1901.) — Dr A. Yvert.

Sur les concrétions du canal lacrymal, par Hirschberg. — Parmi les causes rares qui provoquent les obstructions du canal lacrymal, il faut citer l'accumulation de leptothrix; notre savant confrère a observé, dans ces cas, les symptômes suivants : d'abord le larmoiement, puis la rougeur de l'angle interne, l'élargissement du point lacrymal inférieur; ensuite survient de la suppuration dans les conduits lacrymaux, du gonflement, sur le trajet de ces canalicules. La guérison est obtenue rapidement après incision du canal lacrymal, et l'élimination d'une concrétion formée de leptothrix. (*Centralblatt für Augenheilkunde*, 1902, p. 7.)

Dr A. Yvert.

Sur un cas de glaucome secondaire infantile avec vomissements persistants, par le Dr Cabannes. A propos de la Thèse de M. de Fornel (*Contribution à l'étude de quelques variétés de glaucomes secondaires et de leurs phénomènes éloignés*, Bordeaux, 1901-1902), et d'un fait extrêmement intéressant, observé par eux personnellement, et rapporté dans le travail de son élève, M. le professeur agrégé Cabannes revient sur cette complication rare du glaucome secondaire. Il s'agit, en somme, d'un enfant, qui, à la suite d'une perforation de la cornée survenue dans le bas âge, comme conséquence d'une kératite ulcéreuse, présente une adhérence de l'iris dans la cicatrice de l'ulcère (leucôme cicatriciel adhérent), et une cataracte molle avec masses corticales diffluentes.

Un glaucome secondaire typique est bientôt la conséquence de l'enclavement irien, ainsi que du gonflement exagéré du cristallin cataracté. Des vomissements persistants se montrent pendant deux années consécutives, coïncidant le plus souvent avec les poussées douloureuses du côté du globe de l'œil. Le premier médecin appelé traite son petit malade pour une affection de l'estomac, sans le moindre résultat, d'ailleurs. M. le Dr Cabannes, au contraire, se croyant en droit, d'après l'étude attentive de sa maladie, d'établir une relation de cause à effet entre l'intolérance presque absolue de l'estomac et le glaucome secondaire, proposa et pratiqua l'iridectomie suivie de l'extraction des masses cristalliniennes : or, instantanément les vomissements disparaissent pour ne plus reparaître jamais depuis ce moment. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, nº du 8 juin 1902.) — Dr A. Yvert.

Du traitement du kératocône, par le Dr Cosse (de Tours). — Présentation de deux malades atteints de kératocône, l'un aux deux yeux, l'autre à un œil. Celui de ces deux malades, atteint de kératocône double, a subi à l'œil droit, le plus mauvais, la série d'interventions suivantes : iridectomie, formation d'un leucôme au centre de la cornée par la thermocautérisation, et enfin le tatouage de la cornée; or, le résultat a été des plus satisfaisants : de cet œil, en effet, dont l'acuité visuelle était inférieure à 1/50e avant le traitement, le sujet a aujourd'hui une acuité de 1/3. (Société médicale d'Indre-et-Loir, séance du 7 juin 1902.) — Dr A. Yvert.

Sur le signe pupillaire d'Argyll-Robertson, par MM. Cestan et Dupuy-Dutemps. — Depuis trois ans les auteurs ont recherché la réaction de la pupille à la lumière chez tous les malades ayant fréquenté la clinique Charcot. Pour l'examen des pupilles trop étroites, ils conseillent l'instillation de cocaïne. Or : 1° jamais ils n'ont pu trouver le réflexe paradoxal de la pupille; 2° dans le tabes, lorsque le signe d'Argyll était unilatéral, ils ont toujours trouvé exacte la règle de Babinski : disparition pour l'œil malade de ses deux réflexes pupillaires à la lumière, direct et consensuel; conservation pour l'œil sain de ses deux réflexes; 3° jamais ils n'ont trouvé le signe au cours de la sclérose en plaques (35 cas), de la polynévrite (30 cas), de l'atrophie musculaire Charcot-Marie (6 cas), de la syringomyélie (8 cas), de la maladie de Friedreich (10 cas), de diverses vésanies autres que la paralysie générale; 4° au contraire, ils ont pu le constater soit à l'état isolé (5 cas), soit en association avec d'autres maladies nerveuses (13 cas) telles qu'hémiplégie, myélite, etc.; mais avec cette restriction que ces derniers malades, qui n'étaient cliniquement ni des tabétiques, ni

des paralytiques généraux, étaient tous *syphilitiques*. Comme conclusion, ces auteurs admettent : qu'en pratique, selon la règle posée par M. Babinski, la présence du signe d'Argyll doit faire soupçonner la syphilis; et ils pensent que ce symptôme dénonce un tabes ou une paralysie générale initiaux soit à l'état isolé, soit en association avec d'autres maladies nerveuses syphilitiques. XII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, août 1902).

Dr A. YVERT.

L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales, par MM. KÉRAVAL et RAVIART. — De l'examen ophtalmoscopique, pratiqué chez 51 paralytiques généraux par nos excellents confrères, il ressort ce qui suit : 42 paralytiques, sur les 51, présentaient des lésions du fond de l'œil; il n'y avait guère que ceux qui étaient en rémission qui n'en présentaient pas. Chez 7 malades, dont la paralysie générale avait déjà atteint une période avancée, on trouvait 5 atrophies papillaires blanches; une seule fois de l'atrophie grise, et une scléro-choroïdite postérieure bilatérale sans myopie. On rencontrait un état de la papille pâle, comme lavée, chez 13 paralytiques; on observait également un aspect flou d'un segment de la papille, soit externe, soit interne, soit supérieur, soit inférieur, avec bords indécis, chez 22 malades. Ces deux aspects sont des états préliminaires de l'atrophie papillaire. Chez les 9 paralytiques en rémission ou atteints d'une forme lente, à longue évolution, il a été impossible de trouver aucune lésion ophtalmoscopique.

Deux autopsies, pratiquées quinze jours après l'examen des yeux, ont permis de constater : 1° du côté de la rétine, des altérations tout à fait semblables à celles qui frappent les cellules nerveuses de l'écorce; 2° du côté de la papille et du nerf optique, une prolifération des tissus conjonctif et névroglique. (XII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, août 1902.)

Dr A. YVERT.

Menstruation vicariante par les paupières inférieures, par HERBERT CLAIRBONNE. — Il s'agit d'une juive de 16 ans, réglée à 13 ans, et ayant remarqué, depuis l'établissement de ses règles, que chaque mois elle avait, deux à trois jours avant la période menstruelle, une tache rouge sous chaque œil. La peau devenait rouge, le sang arrivait à la surface, s'échappait au dehors et formait une croûte qui persistait pendant la période menstruelle, puis disparaissait graduellement, si bien que deux ou trois jours plus tard, la peau redevenait absolument normale. Yeux complètement normaux, à un léger degré d'hypermétropie près; légère

diminution dans l'hémoglobine du sang. (*Journal of the American medical Association*, 13 septembre 1902.) — Dr A. YVERT.

Dépression kératique et états encéphalopathiques graves, par M. PAILHAS (d'Albi). — Il existe une altération oculaire caractérisée par la simple dépression d'un point plus ou moins limité de la cornée, sans lésions anatomiques appréciables, quoique en relation avec des troubles encéphaliques toujours graves. — Cette dépression kératique est essentiellement instable, mobile, survenant, disparaissant, se déplaçant rapidement sur différents points de la cornée. Bien qu'elle ait pu se produire, dans un cas, moins d'une heure après un violent traumatisme cranien, elle ne survient habituellement qu'à la période des grandes dépressions des psychoses, du délire aigu, des encéphalites. Cette altération organique de la cornée, essentiellement superficielle, est absolument distincte de la kératite neuro-paralytique, qui paraît plus directement en rapport avec les centres trophiques constitués par le ganglion de Gasser. Le pronostic des affections, auxquelles se rapporte la dépression kératique paraît en devoir être considérablement aggravé. (*Echo médical de Lyon*, n° 10, 15 octobre 1902.)— Dr A. YVERT.

Nouveau procédé pour l'incision cutanée du sac lacrymal, par M. A. TERSON (de Paris). — Pour pénétrer nettement et du premier coup par la peau dans le sac lacrymal atteint de dacryocystite glaireuse ou purulente, mais sans dilatation marquée, l'auteur ajoute aux deux points de repère *classiques*, mise en évidence du tendon de l'orbiculaire par la traction sur la commissure externe, palpation du rebord osseux de la fossette de l'unguis, un *troisième* point, la recherche de la distance qui sépare l'angle interne de la fente palpébrale du sac lacrymal lui-même : à 3 millimètres et demi de l'angle interne, 4 millimètres au plus, il a toujours pénétré d'un seul coup dans le sac lacrymal.

Il y procède de la manière suivante :

Le *canalicule lacrymal supérieur étant incisé* aussi largement que possible, il introduit par ce canalicule un *crochet à strabisme* jusque dans le sac, la concavité du crochet étant tournée en avant et en bas. On sent avec la plus grande facilité l'olive mousse du crochet contourner le tendon de l'orbiculaire et arriver, brusquement au-dessous de lui, à mesure qu'on relève le manche du crochet contre le sourcil. On voit et on palpe alors parfaitement l'olive du crochet à strabisme pointant sous la peau. Il n'y a plus qu'à inciser sur le crochet à strabisme; les tissus étant bien tendus par l'aide et par l'olive qui bombe sous la peau, on ouvre directement le sac et l'olive du crochet apparaît. Le crochet est donc

un parfait conducteur pour l'incision qui, dès lors, est absolument sûre et sans aucune fausse route possible.

M. Terson se sert dans certains cas d'un crochet à strabisme à olive *perforée* pour enfiler un fil d'argent qu'il est facile de retirer avec lui par le canalicule supérieur et qui, tordu au-devant de la peau, une de ses extrémités sortant par le canalicule, et l'autre par l'incision cutanée du sac, constitue un *drainage* du sac, s'il y a lieu de continuer, par l'incision cutanée, des injections, des cautérisations, des curetages et autres petites interventions. (*Ann. d'oculist.*, juillet 1902.)

THÈSES DE LA FACULTÉ DE PARIS

Années 1901-1902.

De Rocca Serra. — De l'action malfaisante du podophyllin sur l'œil par contact direct, n° 172.

Lévy. — Les ruptures isolées de la choroïde, n° 186.

Le Gentil. — Kératite interstitielle et surdité, n° 173.

Stanculéanu. — Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire, n° 215.

Monthus. — Contribution à l'étude des rétinites albuminuriques, n° 284.

Denobili. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'orbite, n° 354.

Fortin. — De la myopie acquise dans les lésions cicatricielles de la cornée, n° 360.

Assicot. — Contribution à l'étude des colobomes du nerf optique, n° 365.

Hideux. — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique, n° 559.

Houdart. — Étude sur le strabisme vertical d'origine fonctionnelle, n° 472.

Chamaillard. — Maladie de Basedow, n° 609.

Le Prieur. — Sur les aphasies sensorielles. La cécité et la surdité verbales pures, n° 585.

Dr A. Yvert.

Le Gérant : Félix Alcan.

6160 — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — Motteroz, dir.

LES BLESSURES DE L'ŒIL

ET

LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR

Le Dr A. YVERT

Depuis l'application en France de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, l'étude médico-légale des blessures du globe de l'œil, survenant de ce fait, a pris une telle importance, que nous croyons être utile à nos confrères en leur indiquant même très sommairement, les principales sources auxquelles ils pourront puiser pour se mettre au courant de cette question, éminemment intéressante entre toutes, et pour résoudre les difficultés sans nombre que rencontreront journellement, dans la pratique courante, les médecins choisis comme experts par les patrons, les compagnies, les tribunaux et les cours d'appel. D'autant plus que, d'après les statistiques allemandes, autrichiennes et suisses, qui peuvent jusqu'à présent seules être prises comme termes de comparaison, cette loi n'ayant été appliquée chez nous que depuis la fin de 1899, les blessures de l'œil représentent le cinquième ou même le quart de tous les accidents du travail.

Pour cette autre raison, également, que de tous les organes de l'économie, qui peuvent être atteints par les traumatismes, l'appareil de la vision est celui sur le compte duquel il est le le plus difficile de se prononcer et de porter un jugement net et précis. C'est celui également qui permet le plus facilement, sinon la simulation complète et absolue, tout au moins une exagération bien souvent impossible à dépister, malgré les moyens d'investigation aussi nombreux que variés mis à la disposition du clinicien. Et puis, dans le cas particulier qui nous occupe, il n'y a pas que l'œil primitivement frappé qui soit susceptible d'une perte plus ou moins prononcée de la vision; mais il peut arriver et en réalité il arrive

assez souvent, trop souvent même, que l'organe du côté opposé soit lui-même plus ou moins compromis, à plus ou moins bref délai. Car, si, en général, en principe on peut poser comme règle que : l'ophtalmie sympathique survient entre la quatrième et la douzième semaine qui suivent la blessure, il ne faut pas oublier que cette règle comporte de nombreuses exceptions; et ne sont pas très rares les cas où l'on a vu survenir, évoluer les accidents bien longtemps après le traumatisme.

La thèse récente de Grulon renferme des observations on ne peut plus suggestives sous ce rapport, entre autres : un fait, emprunté à M. le professeur De Lapersonne dans lequel les phénomènes se sont manifestés au bout de vingt-cinq ans; un autre de Wecks où les troubles sympathiques apparurent quarante-deux ans après la perte du premier œil; et un de M. Gayet qui dut recourir à l'énucléation après cinquante-quatre ans. On peut juger par ces quelques données des difficultés sans nombre avec lesquelles se trouvera aux prises le praticien, même le plus expérimenté, quand il s'agira d'établir l'un des trois certificats ou rapport qui peuvent lui être demandés à la suite d'un accident du travail :

a) Le premier, dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident, et qui doit accompagner la déclaration faite à la mairie par le patron ou le chef d'atelier.

b) Le second, qui pourra lui être réclamé par le juge de paix quelque temps après, si le traumatisme plus sérieux, paraissant devoir entraîner une incapacité de travail permanente, partielle ou totale, semble à ce magistrat nécessiter un supplément d'enquête.

c) Enfin le rapport qu'il pourra avoir à fournir au tribunal ou à la cour, en qualité de médecin expert, sur l'état du blessé et sur les conséquences primitives de la blessure.

Or, à chacune de ces périodes correspondent des problèmes parfois très difficiles à résoudre; même souvent des questions absolument insolubles.

I. — Pour ce qui est, en effet, tout d'abord, du certificat exigible dans les quarante-huit premières heures après l'accident :

1° Ce qui a trait à *l'état de la victime au moment de la délivrance du certificat et au caractère de la blessure reçue*, ne présente, en général pas de difficulté sérieuse et n'est pas susceptible d'entraîner grande responsabilité morale de la part du médecin appelé à fournir cette première pièce justificative.

Mais là où bien souvent la question devient plus grave, où l'auteur s'embarrasse, c'est quand il s'agit de se prononcer :

2° *Sur les suites probables de l'accident :*

a) *incapacité permanente totale* (cécité complète);

b) *incapacité permanente partielle avec tous ses degrés ;*

c) *incapacité temporaire avec sa durée.*

La solution reste même le plus souvent impossible quand reste à fixer :

3° *L'époque probable à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat.*

L'exemple le plus typique qu'on puisse apporter des erreurs, auxquelles serait exposé dans ces circonstances un esprit non prévenu et incomplètement au courant des conséquences ultérieures possibles de semblables traumatismes, est celui que cite M. le professeur De Lapersonne d'un coup, même pas trop violent reçu au niveau du pourtour de la cavité orbitaire, et qui n'aurait déterminé, comme lésion immédiate, qu'une simple ecchymose du sourcil, de la paupière, voir même sous-conjonctivale, avec intégrité absolue de la vision. Il s'agit là d'une lésion bien insignifiante en apparence, et au sujet de laquelle on serait naturellement enclin à porter le pronostic le plus favorable; mais malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, en pareille circonstance; et ne sont pas très rares les cas où, après un traumatisme aussi bénin à première vue, on voit évoluer lentement, petit à petit, progressivement, une atrophie de papille consécutive à une contusion du nerf optique dans le

canal optique du fond de l'orbite. Nous en avons personnellement cité une observation où, après une chute, l'amaurose avait mis vingt années avant d'être définitive. Ce diagnostic, que nous avons fait contrôler par notre excellent maître et ami M. Galezowski, avait été confirmé, à cette époque, par l'éminent professeur Charcot qui n'hésita pas à rattacher cette atrophie à la contusion de l'orbite survenue vingt ans auparavant.

Or, qu'adviendrait-il, si, en pareil cas, et sans la moindre restriction, l'expert concluait à un accident léger et sans gravité ultérieure probable?

Cet exemple aussi, soit dit en passant, montre l'insuffisance de cet article de la loi du 9 avril 1898, qui, à propos d'une instance en revision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité, dispose que : *la révision est possible pendant trois ans à partir de la décision définitive*. Il y a là certainement, une lacune à combler et et qui pourrait causer bien des erreurs.

C'est précisément, pour prévenir la possibilité de pareilles conséquences que dans une circulaire récente, à laquelle fait encore allusion M. le professeur De Lapersonne, le directeur de l'Assistance publique recommanda aux chefs de service et aux internes, qui peuvent être appelés à signer ce certificat lorsque les conséquences de l'accident leur semblent douteuses, de terminer ce certificat par la formule suivante :

« Le soussigné déclare qu'en l'état actuel, il est absolument impossible de pronostiquer les suites probables de l'accident et d'indiquer l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. » A propos de ce certificat primitif, nous ne saurions trop insister sur un détail peu important en apparence, mais qui dans la suite peut avoir une importance de premier ordre, à savoir que le choix de son médecin est absolument laissé au blessé, qui peut se refuser à l'examen du médecin de son patron ou de la compagnie d'assurances qui le représente. M. le professeur De Lapersonne, dont l'expérience en pareille matière est déjà bien grande, donne même le conseil en cas de doute ou de mau-

vaise volonté, et pour éviter plus tard toute contestation d'exiger une attestation écrite de l'ouvrier autorisant formellement le médecin désigné à pratiquer l'examen nécessaire.

II. — Autrement grandes encore seront les difficultés quand il s'agira d'établir le certificat de second ordre, requis par le juge de paix. Et ici, il sera prudent, de la part du médecin désigné, de tenir grand compte, si le blessé est dans un service d'hôpital ou dans une clinique particulière, des remarques éminemment pratiques formulées encore par M. le professeur De Lapersonne : de toujours faire les constatations médico-légales au moment de la visite du chef de service et en sa présence, surtout quand il est nécessaire d'enlever un pansement. Car, l'oubli de cette formalité, outre qu'il serait peu convenable à l'égard du confrère en question, pourrait attirer à l'expert le reproche beaucoup plus grave d'avoir par son examen intempestif, aggravé la blessure; ce dont la compagnie ou le patron responsable ne manqueraient pas de l'accuser.

Pour la même raison et, pratiquement parlant, il sera bon également, pour le médecin traitant d'un hôpital, de suivre la manière de faire et les conseils si nets et si précis du savant professeur de l'Hôtel-Dieu : « J'ai toujours, dit-il, en effet, refusé de fournir un rapport sur l'état des blessés que je soignais depuis un certain temps dans mon service; si le premier certificat d'origine de blessure, qui est une simple constatation, peut sans inconvénients être rédigé par le médecin appelé le premier à donner ses soins au blessé, il n'en n'est plus de même pour le second certificat, qui, dans une certaine mesure, est destiné à contrôler le premier. Sans parler du secret professionnel, le médecin peut être soupçonné de partialité dans un sens ou dans un autre, à l'égard du malade qui s'est confié à ses soins, ou qu'il soigne pour le compte d'un patron ou d'une compagnie. Il ne doit donc pas, à mon avis, accepter de rédiger ce certificat. Dans le même ordre d'idées il est évident qu'un médecin d'une compagnie d'assurance,

ou d'une société industrielle est mal placé pour remplir les fonctions d'expert. Une loi récente a prévu cette incompatibilité. »

III. — Mais où la question devient réellement importante et difficile, c'est quand il s'agit de fournir, en qualité d'expert, un rapport médico-légal précis et circonstancié au tribunal ou à la cour. La meilleure preuve en est que, à propos du *Tarif minimum d'honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'accidents du travail* (Loi du 9 avril 1898), *adopté par la* Société d'ophtalmologie de Paris, *dans sa séance du 14 octobre* 1902, nous y voyons figurer le rapport médico-légal pour la somme de 100 francs, au même titre que les opérations sérieuses. Ici, en effet, se trouvent réunies toutes les difficultés possible; et dans la plupart des cas, il faut à une science profonde joindre une logique et des connaissances cliniques fort étendues pour pouvoir se prononcer catégoriquement en connaissance de cause. Ce n'est pas seulement contre la simulation, contre l'exagération des troubles accusés, mais encore contre la mauvaise volonté, la fin de non recevoir la plus évidente qu'il faut lutter et avec lesquelles on se trouve journellement aux prises. Nieder n'a-t-il pas établi, de la manière la plus certaine, en 1884, de par la statistique et chiffres en mains, que depuis l'application de la loi sur les accidents, en Allemagne, le nombre des cas de diminution de la vision, survenue par le fait et comme conséquence des traumatismes, avait plus que doublé? Et ce fait n'est-il pas aussi de notoriété publique que bien des troubles visuels, durant depuis de longs mois, depuis même un an, deux ans, disparaissent comme par enchantement aussitôt après l'allocation au blessé d'une indemnité fixée ou d'une rente viagère définitive?

Il faut compter aussi avec ces cas, assez nombreux et de plus en plus fréquents chaque jour, à mesure qu'on apprend mieux à les connaître, où les conséquences fâcheuses d'un accident sont attribuées et attribuables à l'*hystéro-traumatisme :* mais, pour survenir chez un sujet nerveux, ces troubles fonction-

nels n'en sont pas moins le fait, le résultat, la conséquence immédiate de l'accident, et par conséquent ils donnent droit au plaignant à une rétribution, à une indemnité proportionnelle au dommage causé.

Pour ce qui est tout d'abord de la simulation de l'amaurose, il faut bien avouer quelle sera, dans la plupart des cas, assez facile à dépister; et tout expert, parfaitement au courant de la science ophtalmologique, ne tardera pas à confondre le simulateur. Inutile, croyons-nous, d'insister ici sur ces moyens connus de tous les spécialistes.

Mais là où surgissent, assurément, de très sérieuses difficultés c'est quand il s'agit de démontrer l'exagération dans le degré de l'amblyopie accusée par le patient. C'est là ou jamais le cas de dire que tous les moyens sont bons et qu'aucun n'est suffisant; par conséquent, on ne saurait, en cas de doute ou d'hésitation sérieuse, baser sa conviction et la faire partager aux juges appelés à prononcer la sentence, qu'en appelant à son aide, pour en former un véritable faisceau, toutes les expériences auxquelles on a l'habitude de recourir en pareille circonstance. Il en est une surtout qui nous paraît appelée dorénavant à fournir, dans ces cas difficiles, des résultats éminemment pratiques et indispensables : nous voulons parler des résultats donnés par le diploscope de notre excellent confrère et ami le Dr Remy. Il s'agit là, en effet, d'un instrument des plus précis; et qui, manié surtout avec la dextérité bien connue de son inventeur, permet de dévoiler et d'affirmer toute supercherie. On peut même, avec cet appareil, reconnaître l'exagération à tous ses degrés, puisqu'il permet de mesurer d'un même coup et cette exagération et son étendue. Nous connaissons déjà plusieurs observations où le diploscope a rendu au point de vue médico-légal, de signalés services, tant entre les mains de son auteur que manié par d'autres spécialistes. Mais malheureusement on n'a pas toujours à sa disposition ce précieux instrument; et il faut bien pouvoir s'en passer. C'est alors, comme le fait également remarquer avec beaucoup d'insistance, M. le professeur De Lapersonne, que l'examen attentif, minutieux,

répété souvent et comparatif de l'acuité visuelle, et du champ visuel pour le blanc et les différentes couleurs fournira des données extrêmement sérieuses et importantes. Renouvelé fréquemment, à des moments tout à fait imprévus, il pourra servir de base à une conviction absolue si les résultats en sont complètement concordants; dans l'hypothèse contraire, il permettra bien vite de supposer alors, puis d'affirmer ensuite la supercherie.

Bien plus, dans plusieurs cas extrêmement intéressants, cet examen du champ visuel et de l'acuité visuelle a permis de constater des coïncidences qui auraient pu, sans la sagacité des observateurs en question, conduire aux conclusions les plus erronées.

Témoin ce fait de M. De Lapersonne, qui ayant à se prononcer sur le cas d'un ouvrier qui avait reçu une blessure de la cornée, entraînant un léger néphélion avec astigmatisme irrégulier, et qui prétendait avoir subi une diminution considérable de la vision des deux yeux du fait de ce traumatisme, se crut de par l'examen du champ visuel et de l'acuité visuelle, en droit de conclure qu'il avait affaire à une amblyopie toxique, absolument indépendante de l'accident incriminé.

Témoin également cette autre observation du prof. Badal, de Bordeaux, d'un blessé qui croyait, de très bonne foi, à une ophtalmie sympathique, et chez lequel notre savant confrère dépista, purement et simplement, sans qu'il pût y avoir le moindre doute, une amblyopie alcoolo-nicotinique. Nous pourrions, d'ailleurs, rapporter encore bien d'autres exemples du même genre.

Ce sont là, sans doute, des difficultés assez sérieuses, et qui demandent, pour être surmontées beaucoup d'attention et non moins de bon sens clinique et d'esprit d'observation. Mais malheureusement rien ne permet de se prononcer en connaissance de cause au sujet de cette complication assez fréquente des blessures du globe de l'œil, de cette véritable épée de Damoclès suspendue constamment au-dessus de la tête des malheureux blessés, nous avons nommé l'ophtalmie

sympathique; et le rôle de l'expert est véritablement bien difficile quand il est appelé à donner en pareil cas, un avis motivé. Certaines lésions donnent bien, assurément, plus de chances de probabilités que d'autres, les plaies contuses de la région ciliaire, les hernies de l'iris, les corps étrangers de cette zone dangereuse par exemple; mais enfin on ne saurait même, dans ces conditions, être affirmatif. Et quand on songe qu'un pauvre blessé, trois ans après le jugement définitif, n'aura plus aucun recours, force est bien de convenir que l'expert consulté *ad limina* sera des plus embarrassés pour établir son rapport motivé.

Il faudra, dans ces cas extrêmement difficiles, baser son opinion sur le calcul des probabilités, pour ainsi dire, en tenant compte des moindres symptômes dans un sens ou dans l'autre. « Comme le médecin expert n'est appelé à se prononcer, — dit le professeur De Lapersonne, — que six mois au moins après le traumatisme, il tiendra compte du siège, du genre de blessure, de l'absence complète de réaction ciliaire pour dire que l'ophtalmie sympathique n'est plus à craindre. Si, au contraire, l'œil blessé reste douloureux à la pression, larmoyant, photophobe, petit et mou, s'il y a de l'injection périkératique, on devra faire les plus expresses réserves et dire que l'énucléation mettrait à l'abri d'accidents sympathiques particulièrement à craindre ».

Ce sont là, bien certainement, des règles aussi précises que possible, mais qui ne mettent malheureusement pas à l'abri de ces coups qui, pour rares qu'ils soient, n'en sont pas moins terribles, d'ophtalmie sympathique survenant après de nombreuses années : vingt-cinq, quarante-deux et même cinquante-quatre après le traumatisme. La relation de cause à effet ne saurait, dans ces cas, être un instant mise en doute; et pourtant elle entraîne alors, sans la moindre compensation possible, la perte presque fatale de la vision. Il y a, pour ces faits exceptionnels, comme nous l'avons déjà dit plus haut, une lacune regrettable dans la loi; et qui demanderait une modification applicable uniquement à ces cas spéciaux.

Indépendamment de tous ces accidents plus ou moins tardifs, il est une autre complication, beaucoup moins connue et peu étudiée jusqu'à présent, des blessures du globe de l'œil, dont le médecin légiste doit tenir également le plus grand compte. D'autant plus que cet inconvénient, difficile à bien faire apprécier des magistrats appelés à prononcer le jugement, et peu sérieux en apparence, n'en gêne pas moins en réalité les malheureux blessés qui en sont atteints et qui bien souvent, dans ces conditions, sont obligés de renoncer à leur métier primitif pour embrasser tardivement une profession beaucoup moins ou même fort peu lucrative. Ce trouble fonctionnel extrêmement pénible et gênant, qu'on observe assez souvent à la suite de l'énucléation, consiste dans une *fausse projection des objets* vus par l'œil indemne; il a été tout spécialement étudié, ces temps derniers, par le professeur Badal. Il avait déjà à plusieurs reprises, insisté sur ce symptôme particulier, dans ses leçons cliniques; mais il y est revenu avec plus d'insistance encore en septembre dernier, dans un travail où tous les mots portent et qui mérite sous tous les rapports d'être reproduit *in extenso* dans ses parties principales. Aussi laissons nous la parole au savant professeur de Bordeaux :

« Le rôle du médecin légiste, écrit en effet M. Badal, n'est pas toujours aussi facile. Déjà, à plusieurs reprises, j'ai eu a me prononcer sur l'existence de ces troubles du sens musculaire si fréquents chez les énucléés, les opérés de cataracte et d'une façon générale, chez les malades dont la vision binoculaire a subi une pertubation profonde. Ces troubles comparables à ceux que l'on observe chez les sujets atteints de paralysie des muscles moteurs du globe, consistent comme on le sait, dans une fausse appréciation de la situation des objets dans l'espace. Il en résulte que des opérés, bien guéris en apparence, restent inhabiles à exécuter des travaux exigeant une certaine précision : un serrurier frappera avec son outil là où il ne faut pas; un maçon aura le vertige en montant à l'échelle, parce qu'il ne voit pas les échelons à la place qu'ils occupent réellement, etc.; et des ouvriers, taxés de

maladresse par leur patron, sont obligés de renoncer à une profession relativement lucrative.

« La situation de ces malades est pire que celle des sujets atteints de paralysie oculo-motrice, parce qu'ils n'ont pas, comme ces derniers, la ressource de fermer ou de masquer un œil pour faire disparaître la fausse projection.

« Il ne semble pas que, jusqu'ici, les tribunaux, dans leur appréciation des dommages, aient tenu suffisamment compte de ces troubles fonctionnels, pourtant si fréquents, et qui créent à certains blessés une situation vraiment affligeante; on conviendra bien qu'un mécanicien, par exemple, obligé de se faire commissionnaire n'est pas suffisamment indemnisé par l'attribution d'une rente de 240 francs, prix auquel est estimée la perte d'un œil ».

Il y a donc lieu, dans tous les cas où l'énucléation devient indispensable à la suite d'un accident du travail, de rechercher avec la plus scrupuleuse attention le phénomène si gênant de la *fausse projection* et d'insister dans son rapport médico-légal sur l'importance, au point de vue de l'indemnité à allouer, de ces troubles, qui pour être purement fonctionnels, n'en rendent pas moins absolument impossible l'exercice de certaines professions. L'expert en pareil cas, devra s'appliquer à bien faire comprendre au Tribunal ou à la Cour la gravité de pareilles conséquences, qui déterminent même, chez certains malades de l'incertitude de la démarche et l'apparition du vertige.

D'autant plus que ces troubles visuels peuvent persister pendant un temps très long, et que certains sujets même n'arrivent jamais à les corriger complètement. Dans le cas particulier du mécanicien-ajusteur de M. Badal, ces aberrations remontant à trois ans, étaient encore très accusées quand le savant spécialiste eut à se prononcer sur son compte.

« Ces troubles, sans être, comme il le dit encore, de ceux que l'on qualifie de sympathiques, sont étroitement liés au traumatisme qui a nécessité l'énucléation de l'autre œil. Le sujet, par le fait de sa blessure, n'a donc pas seulement perdu

un œil; les fonctions visuelles du second restent affaiblies dans une proportion notable. »

L'indemnité allouée doit donc tenir compte de : 1° la perte absolue et définitive de l'œil énucléé ; 2° des troubles fonctionnels résultant de ce fait dans l'autre œil, dont l'acuité visuelle peut, d'ailleurs, être absolument normale. Il y a là, assurément, des nuances assez délicates à bien saisir; mais c'est le rôle du médecin expert de les faire pénétrer dans l'esprit des magistrats et d'en faire ressortir l'importance et la gravité.

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par la lecture des principaux documents, relatifs aux blessures de l'œil résultant des accidents du travail, qui ont été publiés sur cette question depuis l'application en France de la loi du 9 avril 1898; il ne nous reste plus qu'à indiquer à nos lecteurs les sources auxquelles ils pourront aller puiser pour étudier les détails et se mettre au courant du chiffre des indemnités ou des rentes viagères qui doivent être allouées dans chaque cas particulier, chiffres qu'il serait, bien entendu, absolument abusif de reproduire dans un article de ce genre.

Le premier travail en date sur ce sujet est, à n'en pas douter, celui qu'a publié Praun en 1899, qui est intitulé *Die Verletzungen der Auges* (Wiesbaden, J.-F. Bergmann) et qui a servi de base et de modèle à tous ceux qui ont écrit depuis sur cette question.

En 1901, *dans sa séance du* 8 *juin*, à propos du savant rapport de M. Sulzer sur ce sujet, la *Société d'ophtalmologie de Paris* met à l'ordre du jour *l'acuité visuelle au point de vue médico-légal*, et discute les conclusions du rapporteur. On trouvera dans les comptes rendus officiels de cette société, une foule d'aperçus nouveaux et intéressants sur les traumatismes du globe de l'œil envisagés à ce point de vue particulier.

Puis vient le travail de Golebiewski, paru en février 1902, dans les *Annales d'hygiène et de médecine publique*.

Peu de temps après, était traduit en français, par Paul

Riche, chirurgien des hôpitaux de Paris, l'*Atlas-manuel de médecine et de chirurgie des accidents*, du même Dr Golebiewski, qui ne renferme, il est vrai, que fort peu de documents spéciaux relatifs aux blessures de l'œil; mais qui, aux pages 20 et 21, expose, dans un tableau comparatif, les jurisprudences allemande et française sur la question.

C'est alors que paraît le travail, remarquable à notre avis sous tous les rapports, du professeur Rohmer, ayant pour titre : *Les accidents du travail. Évaluation (à l'usage des médecins experts) des incapacités professionnelles (loi du 9 avril 1898)*. Mettant à profit tous les travaux publiés avant lui sur les blessures de l'œil, et ses connaissances spéciales, si appréciées d'ailleurs, en ophtalmologie, le distingué professeur de Nancy a consacré aux traumatismes des organes de la vision trente-cinq pages de son volume, et écrit une véritable monographie sur ce sujet, qui doit faire actuellement autorité en pareille matière. Il a d'abord passé en revue méthodiquement et chacune à part, les différentes membranes qui entrent dans la constitution du globe de l'œil, en cherchant à déterminer, pour chacune d'elles, l'incapacité de travail, la durée probable de la guérison et les conséquences de l'accident. Puis, il examine les lésions combinées qui portent sur l'ensemble de l'organe de la vision, et définit, dans chaque cas particulier, le taux de l'indemnité ou de la rente qui doit être accordée aux blessés de ces différentes catégories. Entre temps, il a su intercaler, dans le cours de son travail, une série de tableaux qui servent de base à tous ses calculs d'évaluation en leur donnent la plus grande valeur : Entre les pages 94 et 95 le schéma de l'*acuité visuelle physiologique* et de l'*acuité visuelle professionnelle*, de Grœnouw.

A la page 98, le *tarif actuellement employé en Allemagne, dans les cas de diminution de l'acuité visuelle différente pour chaque œil.*

A la page 101, le tableau de la *capacité professionnelle en cas de diminution égale ou inégale de la vision centrale de chaque œil*, d'après Magnus.

A la page 102, deux tableaux de Grœnouw, *indiquant la quotité de réduction de la capacité de travail en cas de diminution de l'acuité visuelle sur les deux yeux.*

A la page 103, une vue d'ensemble, du même auteur, de la *capacité professionnelle dans les diverses formes de troubles du champ visuel avec acuité visuelle professionnelle conservée.*

Enfin, à la page 104, de Grœnouw également, le *tableau de la capacité professionnelle et réduction de la capacité de travail en cas de troubles de la musculature extrinsèque.*

On peut juger par ce simple exposé, de la valeur du travail de M. Rohmer, et affirmer, sans crainte, que ce volume a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les experts et de tous les magistrats appelés à instruire les accidents du travail.

Il ne nous reste plus, pour en avoir fini, qu'à citer encore l'article, intitulé : *Plaie pénétrante du globe, énucléation; fausse projection, expertise médico-légale,* publié par M. le prof. Badal dans le numéro 15 de septembre 1902 de la *Clinique ophtalmologique de Bordeaux;* et la savante clinique de M. le prof. De Lapersonne, ayant pour titre : *Examen des yeux au point de vue médico-légal; accidents du travail;* recueillie par M. le Dr F. Terrien et publiée in extenso dans le numéro du 6 décembre 1902 de la *Presse médicale.*

Dr A. Yvert.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 février 1903

Présidence de M. A. Terson

M. Péchin, *secrétaire annuel,* donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est adopté.

M. Morax, *secrétaire général,* dépouille la correspondance, qui comprend :

1° Une lettre du Dr Bruch (d'Alger) posant sa candidature à une place de membre correspondant national;

2° Une lettre du Dr de Lapersonne (de Paris), posant sa candidature à une place de membre titulaire.

Election d'un membre titulaire.

Votants : 14. — Dr Landolt, 9 voix; Dr Giraud, 2 voix; bulletins blancs, 3. — Le Dr Landolt est nommé membre titulaire.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacantes une place de membre titulaire et une place de membre correspondant national.

Rapport sur la gestion du trésorier au nom d'une commission composée de MM. JOCQS, KŒNIG et CAUDRON, rapporteur. — Grâce au zèle de notre très sympathique trésorier, nos finances sont prospères :

En 1902 nos recettes se sont élevées à.	Fr.	1,356 75
— nos dépenses —		1,279 65
D'où un excédent de		77 10
Il restait en caisse au 31 décembre 1901.		1,792 95
Et au 31 décembre 1902.		1,870 05

Nous possédons, d'autre part, un capital d'environ 4,700 francs représenté par des valeurs de tout repos.

En présence d'un équilibre budgétaire dont peu d'États, aujourd'hui, peuvent s'offrir le luxe, nous vous proposons de voter des remerciements à notre dévoué collègue M. Duboys de Lavigerie. (*Applaudissements.*)

M. MORAX. **Autoplastie à lambeau dans un cas d'atrophie musculo-tégumentaire.** — L'auteur présente un malade connu sous le nom de l'homme momie dont l'observation a été publiée entre autres, par le Dr Grenet dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, en 1896. M. C..., âgé de 34 ans a été amené à nous demander conseil par suite des troubles oculaires résultant de l'atrophie palpébrale. Une exophtalmie considérable avec lagophtalmie en était la conséquence et cet état avait donné lieu à gauche à une ulcération de la cornée suivie de leucome. L'œil gauche comptait difficilement les doigts à 30 centimètres, en décembre 1902 lorsque le malade vient nous voir pour la première fois. Des deux côtés et aux deux paupières on note du trichiasis. Les cils atrophiés et irréguliers sont déviés du côté du globe et nécessitent des épilations régulières et fréquentes. Dans ces conditions je conseillai au malade une blépharorraphie latérale à droite, médiane à gauche avec autoplastie à lambeau sans pédi-

cule pour remédier au raccourcissement de la paupière inférieure. Le lambeau fut prélevé au niveau du bras. La peau très mince recouvrait un panicule adipeux relativement assez développé. La peau n'est nullement sclérosée; elle est simplement amincie, atrophiée dans sa totalité.

Malgré cet état anormal de la peau, l'autoplastie se fit dans les conditions habituelles et huit jours après l'opération, on pouvait supprimer tout pansement, la reprise du lambeau étant parfaite. Actuellement, dix-huit jours après l'intervention, le lambeau greffé a la moitié de sa dimension initiale, mais grâce à lui, la blépharophie a donné un résultat si satisfaisant que la cornée protégée a repris une partie de sa transparence et que l'acuité visuelle est actuellement de 5/25.

M. A. Terson. — Dans les cas de sclérodermie, on fait ce qu'on peut et non ce qu'on veut; aussi est-on obligé d'employer l'autoplastie sans pédicule. Les lambeaux, quelquefois très vastes, prennent parfaitement bien, si on est propre dans l'opération. Je n'ai jamais eu dans ces cas ni sphacèle, ni suppuration et les résultats immédiats sont beaux. Mais il se produit ensuite une telle résorption du lambeau, qu'en deux ou trois ans il n'en reste pas grand chose. J'ai même vu que chez les sujets à peau mince, exsangue et parcheminée, la résorption était encore plus accentuée; aussi doit-on revoir ces malades longtemps après l'opération, dont le résultat immédiat est toujours superbe, mais rarement durable.

M. Morax. — Les lambeaux se rétractent certainement beaucoup plus dans la blépharoplastie à lambeau non pédiculé, mais il persiste le tiers environ de la surface transplantée et il suffit de tailler son lambeau en prévision de cette rétraction. D'ailleurs, dans ce cas particulier, il n'était pas possible de penser à un autre procédé de greffe et ce qu'il m'a paru intéressant de vous montrer, c'est la parfaite réussite de celle-ci malgré l'atrophie cutanée. Il y a quelques années le Dr Panas consulté avait déconseillé l'opération, car il craignait que le lambeau ne put reprendre vie.

M. Kalt. **Gommes épiscléreles multiples.** — La jeune femme que je vous présente est malade depuis deux mois. A cette époque elle a vu apparaître sur la sclérotique de l'œil droit, au côté *externe*, une rougeur et des formations nodulaires qui ont été traitées par un collyre à l'adrénaline, puis par deux séries de pointes de feu.

Actuellement il existe cinq à six élevures d'un jaune-rosé, de volume variant entre une tête d'épingle et une petite lentille. Ces

tumeurs très voisines les unes des autres reposent sur le fond violacé habituel à la sclérite. La surface ne présente pas d'ulcérations. Partout ailleurs la conjonctive est normale. Cornée intacte de même que l'iris. Pas d'opacité du corps vitré. Dans la choriorétine on découvre vers la périphérie, en bas, quelques traînées de couleur cendrée présentant un léger relief. Mais ces traînées pourraient correspondre à un aspect physiologique et je n'oserais leur attribuer le caractère de lésions certaines. Pas de ganglions préauriculaire ou sous-maxillaire apparents. Pas d'autres manifestations ailleurs, sauf sur la peau de la face interne des jambes où se montrent plusieurs placards d'ecthyma dont l'apparition remonte à deux mois environ. Le diagnostic posé à l'hôpital Saint-Louis, où j'ai adressé la malade, porte : « syphilis très probable ».

Je pense donc, étant donné l'accroissement manifeste de ces néoplasies épisclérales depuis quelques jours, qu'il s'agit de gommes à évolution remarquablement lente puisque le début remonte à deux mois environ.

Nous avons commencé aujourd'hui une série d'injections intramusculaires d'hermophényle à la dose de 4 centigrammes et j'espère que le diagnostic pourra être fixé promptement.

M. F. Terrien. **Sur la kératite interstitielle expérimentale d'origine toxique.** — La kératite interstitielle n'est, on le sait aujourd'hui, que la manifestation locale d'une affection générale d'origine dyscrasique ou infectieuse. Après avoir été attribuée exclusivement à la syphilis héréditaire avec Hutchinson, on s'aperçut que toute infection tuberculeuse ou autre pouvait la déterminer; Parinaud, Leber et d'autres l'ont mentionnée dans le rhumatisme; Arlt, Mandelstamm et Berger dans les fièvres intermittentes; Ehrlich dans l'influenza, Michel dans le diabète, Trantas, Geanselme et Morax dans la lèpre. On l'a même observée chez les animaux, absolument réfractaires à la syphilis. Momozi-Kako en a rapporté récemment quelques observations et nous l'avons quelquefois observée chez des chiens intoxiqués à l'aide de venins. L'origine toxique de l'affection n'est donc pas douteuse et le tractus uvéal est tout d'abord intéressé.

Au cours d'expériences entreprises sur l'absorption du vitré et sur la toxine tétanique, nous avons réussi à déterminer expérimentalement cette kératite. Il suffit d'injecter en plein corps vitré, à l'aide d'une seringue de Pravaz un ou deux dixièmes de centimètres cubes de toxine tétanique pure. Les résultats obtenus ont été très différents chez le chien et chez le lapin. Ces résultats au point de vue de l'effet général ont été publiés antérieurement

dans nos expériences faites en collaboration avec le Dr Rehm[1].

La mort survient rapidement chez le lapin au milieu de phénomènes rotatoires et convulsifs qui font défaut chez le chien. Celui-ci résiste beaucoup plus longtemps.

Inversement les lésions oculaires sont très peu marquées chez le lapin et se bornent à des altérations rétiniennes. Chez le chien, au contraire, apparaît rapidement une kératite interstitielle, qui revêt tous les caractères de la kératite parenchymateuse et ne s'accompagne pas de réaction notable. L'infiltration apparaît dès le lendemain de l'injection, puis la cornée se vascularise.

L'œil énucléé, montre des hémorragies profuses du vitré; le tractus uvéal est fortement congestionné et en même temps la cornée est vascularisée et infiltrée. La membrane de Bowmann a disparu dans presque toute son étendue. Le cristallin est rapidement détruit.

Il s'agit donc là en réalité de lésions inflammatoires intenses de tout le tractus uvéal, lésions qui, ici comme dans presque toutes les kératites interstitielles, précèdent l'infiltration du parenchyme cornéen. Ces lésions sont d'ordre purement toxique, l'opération ayant toujours été faite dans des conditions de stérilité absolue. A supposer que quelques micro-organismes aient pu être entraînés au moment de la pénétration de l'aiguille dans la paroi du globe, du cul-de-sac vers l'intérieur, ils ne pourraient suffire à expliquer la désorganisation profonde et rapide observée en pareil cas.

Cette accumulation rapide de leucocytes et l'infiltration cornéenne sont dues sans doute autant à un phénomène de défense qu'au trouble circulatoire résultant des lésions vasculaires. Peut-être permet-elle d'expliquer en partie le peu d'intensité et souvent le peu de gravité des symptômes généraux. Chez le lapin de même poids au contraire, une même quantité de toxine injectée dans le vitré ne détermine guère d'altérations locales mais devient rapidement mortelle.

Quelle que soit l'hypothèse acceptée sans expliquer cette différence entre les deux animaux au point de vue de la réaction tant locale que générale, il y a là un fait qui, croyons-nous, méritait d'être signalé.

M. Morax. — Comme vient de le faire remarquer M. Rochon-Duvignaud, il faut éviter de retomber dans l'équivoque créée par la dénomination anatomique de kératite interstitielle. Il est facile de produire des lésions de kératite interstitielle alors que jusqu'à présent il n'a guère été possible de réaliser expérimentalement

1. Société de Biologie, 19 avril 1902.

une affection analogue dans son évolution à la kératite interstitielle hérédo-syphilitique. Ce sont en effet des lésions inflammatoires qui ont une évolution lentement progressive et qui subissent ultérieurement une régression lente pouvant se terminer par un *restitutio ad integrum*. S'agit-il dans les expériences de M. Terrien d'une affection analogue dans son évolution? Ce point posé, il en reste bien d'autres à préciser. En effet c'est avec la toxine tétanique que M. Terrien prétend avoir obtenu ces résultats. Est-ce bien la toxine qui a produit ces lésions inflammatoires du corps ciliaire? J'en doute d'autant plus que ce serait le premier et le seul exemple de lésions locales inflammatoires produites par la toxine tétanique. On sait que cette toxine localise son action et se fixe sur les nerfs et le tissu nerveux, mais on sait aussi que la toxine tétanique n'est pas un produit pur et que suivant son mode de préparation, d'autres substances peuvent s'y trouver combinées Quelle était la forme de la toxine employée (culture filtrée ou toxine précipitée)? M. Terrien avait un moyen de s'assurer que les lésions produites dépendaient bien réellement de la toxine et non des autres substances contenues dans le liquide injecté. Il lui suffisait de faire comparativement des injections du même liquide chauffé à l'ébullition, ce qui a pour effet de détruire la tétanine.

Je ne m'explique pas la nature des lésions produites chez le chien par ces injections, mais je doute fort qu'on soit en droit de les attribuer à la toxine tétanique.

M. A. Terson. — Je demanderai à M. Terrien au bout de combien de temps les lésions oculaires se sont développées, quelle a été leur évolution clinique et combien de temps elles ont été suivies. Il s'agit en effet de préciser si ces accidents ont une ressemblance réelle avec ce qui constitue la kératite interstitielle que nous observons cliniquement.

La kératite interstitielle est très fréquente chez les chiens, et surtout les chiens cachectisés. Nous en avons, avec Gley, observé des cas chez des chiens auxquels on avait supprimé le pancréas.

M. Kalt. — Je me demande si M. Terrien n'a pas injecté des substances irritantes autres que la toxine tétanique. En expérimentant sur des yeux de chiens et de lapins j'ai constaté bien souvent que la cornée du chien blanchissait et s'œdématisait avec une très grande facilité à la suite de piqûres ou de traumatismes, contrairement à ce qui se voit chez le lapin.

Il faudrait donc savoir si le liquide employé était réellement neutre et ne contenait pas de substances accessoires nocives.

Il serait intéressant de savoir aussi comment s'est comporté l'endothélium de la chambre antérieure et si on n'a pas constaté

l'ulcère épithélial profond que Hippel a décrit dans les premières études de la kératite interstitielle et mis en évidence par le moyen des instillations conjonctivales de fluorescine.

MM. Alphonse Péchin et Maurice Rollin, interne des hôpitaux. **Ophtalmoplégie et artério-sclérose.** — Les observations de Uhthoff nous ont déjà appris que des lésions de la base du crâne pouvaient, en intéressant certaines fibres nerveuses à l'exclusion d'autres fibres respectées au hasard d'une évolution pathologique, en imposer pour des lésions des noyaux d'origine. Dans ce dernier cas, en effet, la dissociation pathologique peut se superposer à la localisation anatomique ; elle s'explique tout naturellement et il est par conséquent permis de croire qu'il en est ainsi le plus souvent.

Toutefois il y a de nombreuses exceptions. Et avant d'admettre ce diagnostic topographique nous devons penser aux lésions de la base qui peuvent déterminer un syndrome paralytique semblable.

C'est à ce titre que l'observation suivante présente de l'intérêt.

Observation. — Homme de 64 ans (service de M. Labadie-Lagrave à l'hôpital de La Charité), syphilitique, artério-scléreux avec aortite, gros cœur, néphrite chronique et tabes.

Ophtalmoplégie extrinsèque gauche totale et complète avec abaissement considérable de la vision du même côté. Atrophie optique. A droite ptosis incomplet et paralysie du droit supérieur.

Le malade quitte l'hôpital pour y rentrer quinze jours plus tard et meurt presque subitement le lendemain de son arrivée.

A l'autopsie artério-sclérose généralisée, très marquée au niveau de l'aorte et des artères cérébrales. La carotide gauche, en particulier, dans son trajet, dans le sinus caverneux est très largement dilatée et présente une coudure à convexité externe qui comprime le moteur oculaire externe et les autres nerfs qui cheminent dans la paroi externe du sinus caverneux. Du même côté, l'artère ophtalmique présente le volume d'une grosse plume d'oie ; ses parois sont dures, épaissies; elle comprime le nerf optique qui est aplati, rubanné.

Les coupes du bulbe et de la protubérance n'ont montré aucune altération macroscopique.

Etant donné le tabes dont ce malade était atteint, notre première idée fût de rapporter les paralysies oculaires à cette affection. Et nous nous disposions à prendre cette observation avec détails lorsque le malade quitta l'hôpital.

La constatation des lésions vasculaires au niveau du sinus caverneux et principalement à gauche ne fut pas sans nous causer quelque surprise. Ce fut une trouvaille de nécropsie. La dilata-

tion artérielle dans le sinus gauche est énorme, elle s'étend en dehors contre la paroi du sinus qui se trouve refoulée.

A droite des lésions analogues existent, mais elles sont moins prononcées.

En face de cette constatation nous expliquons l'ophtalmoplégie chez ce tabétique par les lésions vasculaires dans le sinus caverneux; ces lésions agissant par compression. Nous ajoutons que le tronc basilaire étant lui-même dilaté ainsi que les artères cérébrales postérieures qui s'accrochent pour ainsi dire aux deux troisièmes paires; il se peut que ces troisièmes paires soient déjà lésées dans la région interpédonculaire avant de l'être dans le sinus ou la compression est surtout manifeste à gauche.

On peut rapprocher de ce cas l'observation de M. Sölder[1]. Il s'agissait d'une femme de 40 ans atteinte de paralysie du voile du palais, d'hypoacousie très notable à gauche avec bourdonnement constant dans l'oreille gauche et par moments dans toute la tête. Démarche titubante. A l'auscultation du crâne, perception dans la tête d'un bruit musical rythmique et synchrone au pouls. Ce bruit s'accentuait avec l'expiration forcée, il diminuait au contraire et disparaissait même par la compression des carotides. Double atrophie papillaire au début et hémianopsie binasale. Il est à noter qu'avant l'hémianopsie, il y eut des troubles visuels sous forme d'accès d'amblyopie passagère. L'auteur explique la paralysie du voile du palais[2] et les troubles de l'ouïe par une dilatation anévrysmatique de l'artère basilaire et de l'artère vertébrale gauche et l'hémianopsie binasale par la compression du chiasma par l'anévrysme de la carotide et c'est surtout cette dernière particularité qui rapproche cette observation de la nôtre.

La syphilis détermine des anémies locales consécutives à l'artérite syphilitique et retentissant sur les noyaux bulbo-protobérantiels, en créant des déficits; mais elle produit également des anévrymes et surtout si, comme cela existe fréquemment, à l'artérite syphilitique se joint l'athérome, donnant lieu à l'état pathologique complexe de l'artérite déformante. Chez les syphilitiques nous devons avoir présente à l'esprit cette notion pathogénique des paralysies oculaires.

M. Morax. — A-t-on fait l'étude histologique des lésions de la paroi externe du sinus caverneux. Il aurait été très utile de com-

1. Sölder, Société de psychiatrie et de neurologie de Vienne, 11 janvier 1898.

2. Pour M. Sölder la paralysie du voile du palais est due à la compression du facial. Si l'on admet avec Vulpian, Rethi et Lermoyez que l'innervation du voile du palais est due au pneumogastrique, l'explication de M. Sölder est également admissible.

pléter cette intéressante observation par un examen attentif des faisceaux nerveux au niveau des altérations vasculaires.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD. — *Rapport sur un travail intitulé :* **Du choix de la méthode pour la cure chirurgicale du strabisme,** par le Dr HOUDART (de Brest). — M. le Dr Houdart (de Brest), à l'appui de sa candidature à une place de correspondant national, présente à la Société d'Ophtalmologie un mémoire sur le choix du traitement chirurgical dans le strabisme.

Après des considérations générales parmi lesquelles nous signalerons de judicieuses remarques sur les différences individuelles que peut présenter la musculature du globe, l'auteur aborde la partie essentielle de son travail, le traitement chirurgical.

Il a tout d'abord expérimenté la méthode préconisée pour le strabisme convergent, par Panas, c'est la double ténotomie précédée d'élongation musculaire. Il a eu des succès, mais aussi des mécomptes, notamment les transformations d'un strabisme convergent en divergent de 35°; dans d'autres cas le résultat a été incomplet. En somme, cette méthode ne lui a pas donné toute la satisfaction désirable.

Il s'est alors adressé à la méthode tout opposée de Landolt consistant pour les mêmes cas, en un double avancement musculaire sans ténotomies internes. Les résultats qu'il a vus obtenir ainsi et ceux qu'il a obtenus lui-même lui paraissent parler nettement en faveur de ce mode opératoire, qui a le grand avantage de respecter les convergences, condition essentielle du rétablissement de la vision binoculaire.

Les conclusions du Dr Houdart, appuyées d'arguments judicieux, nous paraissent dignes d'être approuvées dans ce qu'elles ont de général. Comme lui, nous croyons qu'il faut demander tout ce qui l'on peut aux méthodes de renforcement musculaire; on ne saurait donc trop se familiariser avec elles et les perfectionner. Mais nous ne pensons pas que l'on puisse pour cela bannir les ténotomies; il est des cas où les avancements musculaires doubles les mieux réussis, demeurent insuffisants, peut-être à cause d'un véritable défaut de proportion entre les muscles internes et les externes. La pratique apprend toujours à bannir les méthodes absolues, mais retenons de l'intéressant travail de M. Houdart que les avancements musculaires doubles méritent d'être employés de plus en plus largement.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 13 novembre 1899

Kyste lymphatique de la conjonctive, par M. GINESTOUS. — J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie un cas de *kyste lymphatique de la conjonctive.*

Il s'agit d'une petite malade, Louise H..., âgée de onze ans. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels pathologiques.

Il y a deux ans, son père, voulant lui enlever un corps étranger de la conjonctive, constata, par hasard, en abaissant la paupière inférieure de l'œil droit, une petite tumeur jusque-là passée inaperçue. Dès le lendemain, on conduisit la malade à la consultation ophtalmologique de l'Hôpital des Enfants, afin de consulter M. le professeur agrégé Lagrange, qui porta le diagnostic de *kyste lymphatique de la conjonctive*, et en conseilla l'extirpation. Une intervention fut proposée; mais, malgré sa bénignité, elle effraya la famille de la malade, qui s'abstint de reparaître à la consultation, et laissa toutes choses en l'état.

Depuis cette époque, la tumeur n'a pas augmenté de volume; elle n'est ni douloureuse, ni même gênante; mais le temps ayant porté conseil, les parents de Louise H... viennent de se décider à accepter l'intervention proposée.

Si nous abaissons la paupière inférieure de l'œil droit de cette jeune malade, nous constatons, en effet, une vésicule ovalaire, à grand axe transversal, ayant à peu près le volume d'un haricot. Cette tumeur prend en bas son point d'implantation au niveau du cul-de-sac inférieur de la conjonctive. Les parois paraissent assez minces, sont nettement transparentes, et laissent apercevoir, grâce à ce dernier caractère, un contenu constitué par une sérosité limpide. Au niveau de son point d'implantation, le paroi du kyste s'épaissit, devient opaque dans sa partie externe, et dans l'épaisseur de la paroi on aperçoit des vaisseaux finement ramifiés. Enfin, cette vésicule est légèrement mobile et suit les mouvements imprimés à la paupière inférieure.

Il s'agit évidemment là d'un *kyste de la conjonctive*; sa situation, sa forme, et la nature microscopique de son contenu nous permettent de penser à un kyste provenant des vaisseaux lymphatiques. Il existe, il est vrai, des kystes hydatiques dans cette région, mais les antécédents et la manière de vivre de cette jeune malade nous font éliminer cette hypothèse. D'ailleurs, lundi prochain,

M. le professeur agrégé Lagrange débarrassera cette jeune malade de ce kyste, dont nous ferons un examen histologique, et dont nous rechercherons, si possible, la nature du contenu. Dans une prochaine séance, je ferai connaître à la Société le résultat de ces recherches (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1899, n° 48).

Coup de revolver dans la région temporale droite. Radiographie. Extraction de la balle, par MM. le Dr PICOT et AUBARET. — Nous avons l'honneur de présenter une des radiographies qui ont permis l'extraction d'une balle de revolver chez le malade que vous avez eu l'occassion de voir à l'avant-dernière séance en pleine poussée de dermatite d'origine radiographique. Nous avons ramené le malade, ayant réservé pour aujourd'hui de vous donner quelques renseignements sur lui et sur notre intervention.

Lorsqu'il s'est présenté à la Clinique ophtalmologique, le 27 juillet dernier, il accusait une diminution considérable de l'acuité de l'œil droit. Cette diminution lui était d'autant plus pénible que son œil gauche y voit déjà très peu.

Cet œil présente même des lésions ophtalmologiques intéressantes. La papille est blanche, entourée d'un liséré rose. Mais la partie blanche paraît tellement excavée que l'idée d'un coloboma vient immédiatement à l'esprit. Il y a là une malformation congénitale très apparente.

Le malade n'a jamais bien vu de cet œil droit, l'acuité ne dépasse pas 1/100.

Cette malformation n'est du reste pas isolée. Il est facile de voir que le crâne du malade a une conformation particulière. Il est très allongé, aplati dans le sens antéro-postérieur. Le sujet est enfin porteur d'un strabisme externe assez accentué.

Les troubles visuels de l'œil droit nous ont d'abord fait supposer que la balle s'était logée soit dans la cavité orbitaire droite, soit dans le voisinage.

L'examen de son fond d'œil révélait une papille blanche, nacrée, atrophique; aussi V était à peine de 1/10. Le champ visuel était concentriquement rétréci.

Enfin, dans la zone des filets nerveux du sous-orbitaire ce malade ressentait des douleurs passagères peu intenses qui lui faisaient localiser lui-même le projectile du côté gauche.

Les épreuves radiographiques obtenues et dont nous vous montrons un spécimen nous ont permis de localiser très exactement la balle dans la portion supérieure du sinus maxillaire gauche. La première épreuve prise latéralement nous la montre très nettement au niveau du sinus maxillaire sans nous indiquer lequel. Mais une

autre épreuve prise perpendiculairement ou plus exactement un peu obliquement à l'axe antéro-postérieur du crâne nous l'a fait localiser dans le sinus gauche. Conduisant en effet ses deux points de projection sur deux plans formant entre eux un angle connu, il a été facile de déterminer sa situation exacte dans le massif osseux de la face.

Avec des données aussi précises, l'intervention a pu être faite le 13 octobre 1899 par M. le prof. Lagrange.

Le malade a été mis sous chloroforme. Le sinus a été abordé et trépané par voie buccale. Un orifice de dimension d'une pièce de 50 centimes a été pratiqué. Une fois ouvert, le sinus a été exploré à l'aide d'une petite curette destinée à mobiliser le projectile et dirigée dans le sens indiqué par les radiographies.

Au bout de quelques minutes cette exploration a révélé un corps dur et devenu mobile dans la paroi supérieure du sinus.

Une pince a été dirigée dans la direction du corps dur et mobile; ses deux mors ont été écartés; ce dernier ayant été saisi, on a pu le retirer sans difficulté.

C'était le projectile qui avait été mobilisé par ces diverses manœuvres.

Comme vous le voyez, c'est une balle de 7 millimètres de diamètre.

Si au cours de son trajet dans le massif osseux de la face, elle ne s'est pas brisée, elle s'est, en revanche, considérablement déformée.

Il nous est maintenant facile d'expliquer les divers symptômes présentés par le malade et qui nous ont fait supposer tout d'abord que la balle siégeait à droite.

En réalité, la cavité orbitaire a été traversée par le projectile. Le nerf optique a du être sectionné en partie, ce qui nous explique son atrophie rapide et sa diminution considérable de l'acuité.

Enfin, quelques filets du maxillaire supérieur ont dû être lésés, déterminant ces sensations douloureuses de la zone du sous-orbitaire.

Après l'intervention, les suites opératoires ont été des plus simples. Une mèche iodoformée a été laissée quelques jours dans le sinus. Il n'y a pas eu la moindre complication inflammatoire.

Le malade aurait été complètement rétabli si quatre jours après n'était survenue sa dermatite.

Vous l'avez vu en pleine poussée inflammatoire et au début de la période de desquammation. Maintenant son cuir chevelu a desquammé en totalité. L'épiderme s'est reformé et a repris sa teinte normale. Ses cheveux seront plus longs à revenir, mais les bulbes pileux sont intacts. Ce ne sera qu'une question de temps.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PHILADELPHIE

SECTION D'OPHTALMOLOGIE

(Octobre)

HANSELL. **Ruptures multiples de la choroïde.** — Un homme reçut sur l'œil gauche un morceau de fer, très violemment; après quelques jours de cécité, une guérison relative survint, mais bientôt la vision disparut à nouveau et la tension s'accrut. Cependant, en présence de quelques symptômes d'inertie, l'ésérine fut remplacée par l'atropine, qui amena une sédation de tous les symptômes et un retour de la vision. L'intérêt de ce cas réside dans : 1° la présence de ruptures multiples de la choroïde avec subluxation du cristallin et glaucome postérieur; 2° le succès de l'atropine malgré quelques symptômes de glaucome traumatique; 3° la déformation et le tremblement des images, dus à la subluxation; 4° l'augmentation de réfraction de l'œil. DE SCHWEINITZ a également observé l'heureuse substitution de la scopolamine à l'ésérine, et HARLAN celle de la duboisine. HANSELL pense que le mydriatique dégage l'angle de filtration, et RISLEY explique le glaucome après l'extraction de cataracte par la présence du vitré dans la chambre antérieure, ce qui est probablement rare et ne peut suffire à expliquer tous les cas.

VEASEY. **Perforation spontanée de la cornée,** au centre d'un petit leucome datant de six ans, sans symptôme inflammatoire. ZIÉGLER pense à une dégénérescence calcaire.

DE SCHWEINITZ. **Cinq cas de corps étrangers métalliques de l'œil,** localisés par la radiographie, et enlevés avec l'aimant. L'auteur use de l'aimant géant et du procédé de Haab. La localisation exacte permet une incision scléroticale voisine et l'extraction sans grand dégât, même après un séjour prolongé du corps étranger. RISLEY, dont ce travail confirme l'opinion, rappelle cependant qu'un aimant d'une force excessive peut causer une attraction trop vive et décoller la rétine. SWEET insiste sur la rapidité variable de l'inclusion dans un tissu néoformé suivant la situation du corps étranger. ZENTMAYER rapporte l'échec de l'aimant géant pour un corps étranger para-maculaire, qui fut extrait par la pointe de l'aimant de Johnson introduit suivant les données radiographiques.

(Novembre)

POSEY. **Exophtalmie intermittente.** — Le sujet, en restant en inspiration, provoque un arrêt du cœur de 15 secondes : à ce moment il se produit une exophtalmie directe, lente, qui s'accompagne d'une légère diminution de vision, avec gonflement des vaisseaux rétiniens. L'auteur admet un trouble veineux rétro-orbitaire et jugulaire de ce côté. RANDALL conseille les injections orbitaires de paraffine à point de fusion inférieur.

POSEY. **Anomalies congénitales et héréditaires.** — Les cas de colobomes irien ou choroïdien seraient dus à une malformation vasculaire héréditaire voisine de l'iris.

DE SCHWEINITZ. **Disparition des lésions de la rétinite circinée.** — Ce fait, observé plusieurs fois, rapproché de l'opinion de de Wecker que la vraie dégénérescence blanche ne peut qu'augmenter, fait admettre l'existence des variétés, non de même nature, mais d'aspect semblable, et qui peuvent régresser comme Fuchs l'a montré le premier. Pour ces cas on peut admettre l'opinion de Marcus Gunn qui en fait un œdème chronique, dû à une rétinite centrale. RANDALL, au microscope, n'a trouvé que de l'œdème rétinien. HANSELL admet un exsudat fibrineux autour de petites hémorragies. DE SCHWEINITZ est éclectique et admet des causes variées. DE SCHWEINITZ présente des pièces d'yeux traumatisés.

RANDALL, au sujet de la **localisation et l'extraction de corps étrangers de la cornée**, trouve parfois avantage à remplacer l'éclairage oblique local par l'éclairage direct ophtalmoscopique. Il lui est arrivé de tenir son miroir muni de lentilles avec les dents pour pratiquer avec les deux mains libres l'extraction de corps difficiles à voir. De plus, il présente un miroir concave fort, destiné à faire localiser le corps par le patient lui-même quand celui-ci seul peut le voir.

ZENTMAYER. **Herpès zoster de l'œil**, suivi au trente-troisième jour d'une paralysie complète du droit interne et du releveur. Celle-ci guérit lentement. Aucun renseignement n'est donné sur l'étiologie admise.

(Décembre)

SHUMWAY. **Persistance de l'artère hyaline.** — L'auteur n'a pas vu le canal de Cloquet distinct de l'artère, mais une atrophie

de la chorio-rétine, avec pigmentation maculaire et péripapillaire. L'auteur admet une persistance de l'artère fœtale, sans qu'aucune inflammation soit nécessaire, celle-ci, d'après Hippel, n'ayant jamais été prouvée.

HANSELL. **Sympathectomie pour glaucome inflammatoire chronique.** — Le succès fut nul et des rechutes se produisirent. L'auteur recommande les moyens anciens, et préfère énucléer les yeux aveugles et douloureux que l'ésérine et l'iridectomie n'ont pu soulager.

DE SCHWEINITZ. **Thrombose du rameau temporal supérieur de l'artère rétinienne.** — Le sujet, très anémique, fait admettre l'idée d'une endartérite de cause diathésique : un traumatisme ancien pourrait être la cause déterminante. HANSELL a vu un cas semblable chez une femme, qui guérit spontanément pendant qu'elle se préparait à entrer à l'hôpital. ZENTMAYER a vu un cas avec trouble rétinien, de nature spécifique.

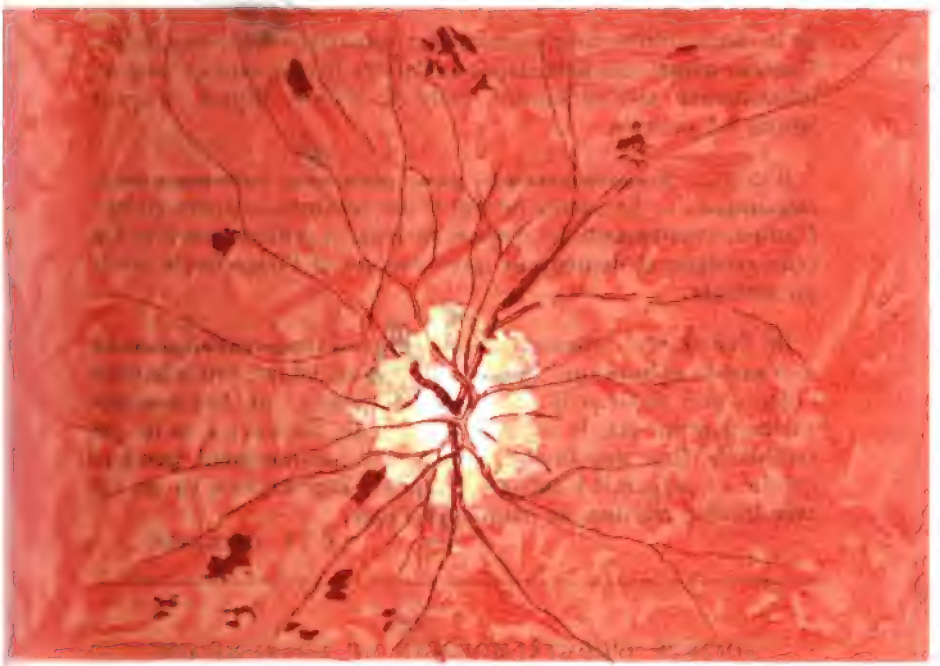
Dr A. BOUCHART.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME-UNI

(Octobre)

NETTLESHIP. **Luxation du globe par contusion.** — L'œil fut remis en place par un taxis prudent et maintenu quatorze jours à l'obscurité; après trois mois la vision était parfaite. BEAUMONT rappelle un cas similaire chez un enfant nouveau-né; l'œil luxé par le forceps fut réduit après vingt-quatre heures et la vision se rétablit.

NETTLESHIP. **Paralysie congénitale des VIe et VIIe paires du même côté.** — L'enfant avait été extrait au forceps, la tête était rendue conique par la pression du bassin. Cette paralysie, d'abord accompagnée de contracture des bras, chez un enfant à terme, bien constitué, disparut en neuf mois. L'auteur admet une hémorragie intra-cranienne à la base du rocher, qui enveloppa les VIe et VIIe paires au début du trajet qu'ils font en commun. FISHER pense qu'il faut supposer une hémorragie trop considérable et que dans ce cas le nerf auditif serait également atteint : il suppose que le 7e nerf a été comprimé directement à la sortie du trou stylo-mastoïdien, tandis que la VIe paire a été lésée par une hémorragie du sinus pétreux inférieur.



Névro – rétinite

Gaszowski del. Imp. Lemercier, Paris. A Benard lith.

Névrite optique avec atrophie papillaire consécutive.

Félix Alcan, Editeur.

NETTLESHIP présente un cas de **névrite optique familiale** avec guérison. ADAMS FROST en a également vu. LAMFORD a constaté des améliorations, mais la rechute survint.

LEDIARD décrit un cas de **kyste dermoïde de l'orbite**, qui déplaçait totalement l'œil, sans s'être ouvert une voie osseuse vers la tempe. Ablation de l'œil et du kyste. NETTLESHIP soutient qu'un kyste dermoïde doit apparaître en dedans de l'œil et non en dehors.

(Novembre)

SIMÉON SWELL. **Avulsion de l'œil par un forceps**, l'œil ne tenant plus que par quelques débris de conjonctive, le nerf optique ayant été arraché à quelques centimètres en arrière du globe.

SWELL. **Paralysie de l'élévation de l'œil.** — Survenue pendant le sommeil, et disparue en quelques jours, cette paralysie est évidemment due à un trouble vasculaire, comme le pense Turner. MARCUS GUNN cite des sujets incapables d'élever le regard et cependant capables de suivre un objet qui s'élève.

SWELL. **Nyctalopie**, présentée par *cinq générations successives*. — Sur 69 collatéraux de même descendance, 28 étaient atteints de rétinite pigmentaire; les hommes autant que les femmes et sans mariage consanguin; aucune génération n'était indemne. L'affection apparaissait dans le jeune âge, et à 40 ans les sujets atteints étaient pratiquement presque aveugles.

EDRIDGE GREEN. Nécessité de nommer les couleurs dans l'**examen de la cécité chromatique.** — Il faut s'entendre sur le nom des couleurs pour l'examen et pour la pratique de la profession; il faut les connaître comme si on les nommait à voix haute, et non les distinguer parmi les confusions possibles. L'auteur distingue les sujets dont la vision colorée est diminuée à l'une ou l'autre extrémité du spectre et ceux qui ne perçoivent pas les différences, pour lesquels le spectre entier ne présente que 2, 3, 4 teintes au lieu de 6. DEVEREUX MARSHALL est de l'avis de Edridge Green. HOLMES SPICER engage l'auteur à répandre ses théories et sa méthode qui sont actuellement peu connues.

(Décembre)

La séance est ouverte par un discours de LANG sur la mort du président de la Société, DAVID LITTLE. Ensuite STEPHEN MAYOU présente le cas d'un enfant dont les pupilles sont indilatables par

l'atropine. Sydney Stephenson remarquant leur réaction à l'accommodation pense à un tabes au début, le sujet étant atteint d'hérédo-syphilis.

Edridge Green présente un nécessaire et une lanterne pour l'**examen de la vision chromatique**. Brewer prétend qu'aucune épreuve n'est suffisante.

Sydney Stephenson présente plusieurs cas de **cornée incrustée par le sulfate de cuivre** en traitement prolongé contre le trachome : l'auteur ne croit pas que ce dépôt soit à l'état cristallin.

Lanson présente un cas d'**hémiopie bitemporale** avec acromégalie, amélioré par l'ingestion de glande pituitaire, mais un œil a néanmoins vu sa dégénérescence augmenter et son champ visuel diminuer.

Dr A. Bouchart.

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

(Octobre et novembre 1902)

Par le Docteur E. SENDRAL

Panas. **Embolie et thrombose des vaisseaux centraux de la rétine.** — C'est à de Græfe que nous devons la première observation d'embolie de l'artère centrale de la rétine, confirmée par l'autopsie qui démontra qu'un caillot arrondi obstruait la lumière de l'artère centrale. L'embolie est un fait plutôt exceptionnel car l'obstruction artérielle par thrombose est plus commune et plus conforme à nos connaissances pathogéniques.

En effet, le plus souvent les vaisseaux sont atteints de sclérose antérieure et accessoirement une endartérite ou une endophlébite septiques ou dyscrasiques viennent se surajouter, telles qu'on les rencontre dans l'albuminurie, le diabète, la puerpéralité, l'anémie pernicieuse, la blennorrhagie et d'autres toxi-affections. En effet le processus de la thrombose de l'artère centrale de la rétine rappelle la gangrène sèche des membres inférieurs qui succède à l'arrêt de la circulation provoquée par un caillot formé *in situ* sur des parois vasculaires devenues athéromateuses principalement à cause de l'âge, accessoirement par suite de dyscrasie.

Si l'ischémie brusque des artères rétiniennes est justiciable de

la thrombose le plus souvent, c'est encore elle qui explique l'ischémie des veines correspondantes. Sur quinze cas observés par Schnabel, Weinbaum, Michel et d'autres auteurs, dix fois il y eut apparition de glaucome deux mois environ après l'apparition de la cécité brusque, ce qui tend à prouver que la thrombose veineuse n'est pas primitive mais consécutive à la gêne circulatoire provenant de l'artério-sclérose sénile.

Le *pronostic* de la thrombose veineuse est moins sombre, car il subsiste un certain degré de vision permettant au malade de distinguer les gros objets à une courte distance.

Le *traitement* est très ingrat; cependant il ne faut pas oublier que le glaucome est souvent l'aboutissant de l'affection; aussi faut-il proscrire les mydriatiques. Comme moyens généraux l'iodure de potassium à faibles doses et continué pendant longtemps et le régime lacté sont nécessaires.

PANAS. **Amblyopie et amaurose par décharge électrique.** — Rapide aperçu de la pathologie oculaire d'origine électrique. Notre distingué confrère explique les troubles si variés qu'on observe, par le degré d'intensité de la décharge électrique et le plus ou moins grand nervosisme des sujets pour le choc en retour qui est le principal agent des lésions optico-rétiniennes.

Comme traitement, il recommande le repos des yeux d'abord dans une pièce obscure, puis plus tard le port des verres fumés. Pour combattre l'anesthésie rétinienne persistante ou progressive, il conseille la strychnine, les préparations bromurées, l'hydrothérapie et enfin la suggestion.

A ce traitement on peut ajouter l'usage des douches oculaires sur l'œil ouvert qui nous ont donné d'excellents résultats dans les cas de photophobie d'origine électrique; on peut employer pour ces douches une solution contenant du bromure de potassium et de la dionine.

BADAL. **Autoplasties à pont transbordé** (V. page 630).

DEMICHERI. **Catarrhe printanier.** — Dans la forme d'hyperplasie péricornéenne, l'auteur préconise le traitement par le calomel en frictions sur la conjonctive et l'usage d'une pommade au précipité blanc et à la cocaïne avec l'extrait des capsules surrénales comme adjuvant. Dans la forme tarsienne ou papillomateuse, la faillite du traitement ci-dessus, permet l'emploi de l'électrolyse et du raclage.

En dehors du traitement local, il n'est fait aucune mention du traitement général qui cependant a son importance; c'est ainsi

que l'arsenic sous toutes ses formes peut être utile. Nous devons en outre ajouter que de nombreux catarrhes printaniers ne sont autre chose que des altérations conjonctivales d'origine lacrymale, invétérées, occasionnées par une alcalinité trop grande des larmes; que l'oblitération des voies lacrymales, cause de cette alcalinité disparaisse et la maladie guérit.

PANAS. **Ptosis dit congénital.** — L'auteur revient sur un sujet qui lui est cher et sur son procédé opératoire qui consiste à rattacher par des sutures la paupière défaillante au muscle orbito-frontal.

L'opération est séduisante par sa simplicité et ses résultats satisfaisants et doit être préférée dans la majorité des cas aux procédés de M. Parinaud ou de M. Motais.

PANAS. **De certaines néoplasies du bord libre des paupières** (V. page 685).

F. TERRIEN. **Du pronostic des troubles visuels d'origine électrique.** — Le travail très complet de notre distingué confrère ayant été présenté à la Société d'ophtalmologie du 4 novembre nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu de la séance.

Il est bien certain qu'à côté de phénomènes provenant du traumatisme électrique, il y en a beaucoup qui relèvent de la névrose traumatique et quelques-uns de la simulation.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

(4e trimestre 1902)

ELLIOTT. **Considérations sur 500 extractions de cataracte en cinq mois.** — L'auteur exerce à Madras (Indes Anglaises). Nous signalerons seulement les points particuliers : la discision est faite avec une aiguille, à arrêt, de Bowmam, avant l'incision de la cornée; après l'extraction, lavage de la chambre antérieure; pansement humide. Ensuite pansement binoculaire pendant cinq jours et monoculaire pendant sept. Les sujets agités avant l'opération reçoivent une injection de morphine. L'auteur coupe les cils de la portion externe de la paupière supérieure. Enfin l'iridectomie est toujours pratiquée (sauf 16 cas). Les résultats généraux sont satisfaisants, surtout si l'on considère les difficultés provenant du malade (propreté douteuse, indocilité pendant et

après l'opération). Parmi les complications, le prolapsus irien fut observé plus de 4 fois sur 100, chez les opérés à iridectomie, et 25 sur 100 chez ceux sans iridectomie. L'auteur loue beaucoup l'irrigateur de Keown, auquel il attribue le petit nombre des issues de vitré, de cataractes secondaires, la facile réduction de l'iris et la possibilité d'opérer des cataractes pas mûres.

BURNHAM (Toronto). **Traitement de l'irido-kératite à hypopion.** — L'auteur considère seulement la forme grave de l'ulcère à hypopion avec réaction irienne : il recommande en plus de l'atropine et des bains d'eau boriquée, ce qu'il appelle « son traitement combiné » : mercure, iodure et pilocarpine. On voit que les idées d'infection et de désinfection sont encore peu universellement observées au Canada. Ce traitement aurait l'avantage d'une action immédiate et surtout d'une régression continue de l'ulcère, avec diminution considérable de la cicatrice.

COLLINS. **Extraction du cristallin dans la myopie forte.** — L'auteur présente 9 cas avec des succès satisfaisants ou relatifs; il insiste sur l'avantage qu'il y a à dispenser les sujets de lunettes (l'aphakie opératoire nécessite cependant une correction). Jamais l'opération ne fut pratiquée des deux côtés. Les travaux français sur la question ne sont pas mentionnés.

BOLTON. **2 cas de névrite optique de cause diphtéritique.** — L'un des deux avait été traité par le sérum; la névrite apparut dans la troisième et la quatrième semaine, et guérit au bout de deux mois environ.

Examen de la vision dans les écoles à Londres. — Huit oculistes sont chargés de ce service; des cartons avec renseignements et conseils spéciaux sont remis aux élèves à vue faible et d'autres aux élèves à vue mauvaise : en particulier on mentionne les dangers de verres non appropriés, d'affections non soignées, etc. D'une façon générale la vision augmente avec l'aisance et diminue avec le progrès des études.

STEDMAN BULL (New-York). **Evolution post-opératoire de 50 cas de glaucome chronique simple.** — L'auteur fit ainsi 95 iridectomies dont les résultats observés pendant longtemps sont très satisfaisants : il conclut que le mieux est d'opérer simultanément les deux yeux. L'effet est d'autant plus certain que l'opération est faite plus tôt (dès que le champ visuel est un peu rétréci).

HAIG (Londres). **L'œil saillant; sa signification et ses associations cliniques.** — L'auteur ne voit là que l'effet de la pression sanguine, et pour lui la position de l'œil est l'indice le meilleur de l'état vasculaire du patient. Nous croyons inutile d'entrer dans les déductions possibles avec des prémisses aussi singulières.

RANNEY (New-York). **Théorie visuelle du mal de mer.** — « Le sujet sollicité par la vue à adapter ses yeux et son corps à des plans en variation perd le contrôle de ses réflexes normaux, et la nausée apparaît. » Seulement l'auteur est forcé d'avouer que le même phénomène se produit les yeux fermés, et alors la vision perd son rôle. Cependant il insiste sur la nécessité et le rôle prophylactique de la correction de la réfraction et surtout des défauts de l'équilibre musculaire des yeux.

RANNEY. **10 cas de surmenage oculaire.** — L'auteur fait provenir de cette cause des phénomènes morbides variés du côté du système nerveux, des muscles et des viscères. Le traitement de cette affection a suffi à guérir des cas de diabète insipide ou sucré, de spasme laryngé, d'épilepsie ou de contracture localisée.

PARIL présente une nouvelle pince pour l'**expression des follicules trachomateux.**

BARRETT (Melbourne). **Perte temporaire et soudaine de la vision,** probablement de cause vasculaire. — Cette cécité monoculaire apparut au réveil, puis peu à peu se réduisit au champ visuel inférieur et disparut en quatre heures. Le seul signe ophtalmoscopique était un rétrécissement de la veine rétinienne, supéro-interne, qui paraissait écrasée par l'artère. Léger athérome généralisé (60 ans). Quant à la durée de cette disparition de vision compatible avec la guérison, l'auteur pense que l'espace de deux heures de cécité totale est le maximum, qu'on n'avait jamais signalé. Peut-être aussi dans ces cas, probablement d'embolie compliquée de spasme, la circulation n'est pas entièrement suspendue.

SYDNEY STEPHENSON. **Méthode d'examen de la surface antérieure et de la courbure de la cornée.** — Avec un petit miroir concave et une lentille convexe sphérique de 20 dioptries, on observe sur la cornée l'image du trou ventral du miroir et celle de la flamme éclairante. La première varie dans les lésions de l'épithélium antérieur et les irrégularités de courbure. Nous ne sommes pas de l'avis de l'auteur qui prétend substituer sa mé-

thode au disque de Placido ou de Chauvel : les déformations d'un petit cercle lumineux sont insuffisantes par elles seules pour mesurer un astigmatisme et pourront tout au plus mettre sur la voie d'un examen plus complet.

Dr A. Bouchart.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

BIBLIOGRAPHIE ITALIENNE

P. Morgano. **Mélanosarcome de l'œil et métastase au foie.** Catane, 1902. — Les détails de l'observation clinique de Morgano montreraient la difficulté de diagnostic, quand la néoplasie est à son début dans un œil à milieux inéclairables, et le secours que, dans des cas du genre, pourrait fournir une ponction exploratrice, suivant la proposition de Grosz, et, enfin, l'action qu'un traumatisme peut avoir sur l'origine et les poussées du néoplasme. D'après l'examen anatomo-histologique, la néoplasie présentait une portion intraoculaire richement pigmentée à cellules polymorphes et ramifiées et une petite portion extrabulbaire tout à fait dépourvue de pigment et à cellules fusiformes. Le pigment n'était certainement pas d'origine hématique, les réactions de Perls et de Quincke ayant donné des résultats négatifs ; il devait provenir du pigment local par métabolisme des éléments pigmentaires de l'urée. A. Antonelli.

L. Polignani. **Fibrosarcome kystique de l'orbite, d'origine fœtale, propagé à l'œil.** Naples, 1901. — Un nouveau-né présentait, du côté gauche, une tumeur orbitaire qui, en quelques semaines, amena la destruction du globe oculaire et atteignit le volume d'une petite mandarine. L'examen externe et le résultat des ponctions exploratrices faisaient déjà poser le diagnostic de sarcome kystique. A cause du développement de la néoplasie, ayant déjà envahi le maxillaire et déformé le palais, à cause aussi des énormes dangers présentés par l'anesthésie et l'hémorragie l'on dut renoncer à toute intervention chirurgicale. Malheureusement, l'examen anatomique ne put pas être pratiqué, l'enfant étant mort au bout de six mois dans un pays éloigné. Polignani discute très minutieusement le diagnostic ; il rapproche son observation de celle de Valude (sarcome chez un enfant au-dessous d'un an) et l'affirme comme premier cas observé d'un sarcome kystique de l'orbite à évolution intrautérine. A. Antonelli.

L. POLIGNANI. **Angiome caverneux de l'orbite.** Naples, 1901. — L'observation clinique et anatomo-pathologique de Polignani est une intéressante contribution à l'étude des tumeurs vasculaires de l'orbite suivie de l'index bibliographique complet et d'une planche de dessins.

A. MARINA (Trieste). **Etude sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme, eu égard surtout à la paralysie générale et au tabes. Comparaison des altérations du ganglion ciliaire avec celles du ganglion cervical du sympathique et du ganglion de Gasser. Importance du ganglion ciliaire chez l'homme** (*Annali di Neurologia*, vol. XIX. Naples, 1901). — Le travail de Marina est des plus intéressants, faisant suite à d'autres où l'auteur a montré l'importance du ganglion ciliaire chez les vertébrés supérieurs comme centre des mouvements pupillaires.

Dans une première partie de son travail, partie générale et critique, Marina résume les arguments cliniques et les confirmations expérimentales qui forcent à reconnaître dans le ganglion ciliaire un centre périphérique des mouvements pupillaires, tout en ne refusant pas l'existence d'un autre noyau ganglionnaire dans la région des quadrijumaux. Le ganglion ciliaire aurait donc, surtout, une fonction motrice, contrairement à ce que Bernheimer et Bach ont prétendu, fonction destinée au sphincter irien.

Dans la deuxième partie du mémoire que l'on pourrait dire documentaire, Marina expose le résultat de 70 observations cliniques et anatomo-pathologiques. L'auteur a examiné au microscope, après fixation et manipulation appropriées des pièces, les nerfs ciliaires courts et longs, les ganglions ciliaires, les ganglions de Gasser, les ganglions du sympathique cervical et les ganglions spinaux, dans une série de cas ainsi partagés : 1° paralysie progressive sans altérations pupillaires (13 cas); 2° paralysie progressive avec troubles pupillaires (23 cas); 3° tabes (5 cas); 4° affections diverses (29 cas), avec ou sans altérations des pupilles.

Dans la dernière partie de l'ouvrage, Marina résume et conclut, surtout en ce qui concerne le ganglion ciliaire au point de vue physiologique et pathologique. Dans tous les cas de tabes et de paralysie progressive avec troubles pupillaires, les ganglions et les nerfs ciliaires présentaient des altérations dégénératives plus ou moins anciennes et étendues, des fibres et des cellules; tandis que ces altérations n'existaient pas dans les cas de paralysie générale, ou d'autres affections, non accompagnées de troubles pupillaires.

Le neurome du ganglion ciliaire jouerait donc le plus grand

rôle dans l'immobilité pupillaire des tabétiques et des paralytiques généraux. Puisque les deux tiers, au moins, de tous les troubles pupillaires chez les adultes, sont dus au tabes ou à la paralysie générale, le ganglion ciliaire est au premier rang dans la pathogénie des troubles pupillaires. A. ANTONELLI.

E. TROMBETTA. **Le nystagmus ; nouvelle théorie pathogénique et nouvelle méthode de traitement** (*Clinica Moderna*, vol. 6, nos 31-35. Florence, 1900). — Le mémoire de Trombetta commence par un exposé systématique des meilleurs, où, à propos du nystagmus des mineurs, l'auteur discute les théories pathogéniques admises jusqu'à ce jour. Il se déclare partisan de celle de l'iritation du labyrinthe, provoquée par les changements rapides et fréquents de pression atmosphérique subis par l'ouvrier et, aussi, par le bruit incessant des coups de pioche et de l'explosion des mines dans les galeries. Trombetta soutient par plusieurs arguments cette théorie qui fait du nystagmus l'équivalent moteur du vertige.

Quant au nystagmus congénital, l'auteur rappelle qu'il y a trois moyens d'en entreprendre le traitement : 1° l'éducation du sens visuel, surtout par des exercices stéréoscopiques après correction de la réfraction. Par ce moyen, l'on corrige lentement les défauts du sens oculaire de l'espace et l'on permet à l'appareil vestibulaire de s'adapter aux fonctions normales; — 2° la provocation du mouvement apparent des objets à l'aide des diaphragmes de Lavagna, moyen de créer artificiellement un trouble d'orientation subjective ; — 3° la provocation de la polyopie par l'appareil à prismes tournants. Cet appareil donne, à volonté, soit un simple trouble d'orientation objective, grâce à la série d'images impressionnant la rétine de l'œil nystagmique, soit un trouble d'orientation objective et subjective à la fois, si l'on ajoute les diaphragmes. Trombetta préfère cette dernière méthode, qui permet de régler la rapidité et l'étendue de la polyopie suivant la tolérance du sujet, et qui offre en même temps l'avantage de la vision stéréoscopique.

Chez une fillette de 11 ans, après une trentaine de séances avec l'appareil de Magnani et Lavagna, et plus tard avec le stéréoscope de Reymond et Baiardi, Trombetta eut la satisfaction de voir le nystagmus presque totalement disparu et la lecture des caractères imprimés ordinaires devenue facile après avoir été impossible auparavant.

TROMBETTA et OSTINO. **Nystagmus et canaux semi-circulaires.** *Etude expérimentale et clinique.* Florence, 1900. — D'après leurs expériences sur les chiens, les auteurs concluent

que le nystagmus est un phénomène irritatif et non pas paralytique, car il se manifeste après une irritation, même légère, du canal semi-circulaire membraneux, cesse immédiatement après l'ablation des canaux et peut-être provoqué aussi par la faradisation du nerf acoustique à son entrée dans le conduit auditif interne, ou par l'excitation mécanique de ce nerf à l'intérieur du conduit. Les expériences de Bruck, Kreidl, Bezold et Denker seraient d'accord avec ces conclusions. Pour provoquer le nystagmus, l'excitation des ampoules est indispensable. L'excitation unilatérale des terminaisons nerveuses des crêtes auditives provoque un nystagmus binoculaire, bien que plus prononcé que du côté opéré, et cela est d'accord avec les lois physiologiques des mouvements associés. La direction des mouvements nystagmiques serait en rapport direct avec l'irritation des différents canaux, car l'irritation du canal horizontal provoque un nystagmus horizontal, celle du canal postérieur un nystagmus vertical et celle du sagittal un nystagmus plus prononcé à forme mixte.

L'opinion de Ewald, plaçant dans le labyrinthe un centre tonique pour les mouvements en général, et pour la motilité des yeux en particulier, serait donc bien fondée. Les muscles oculaires recevraient leur innervation tonique par une excitation réflexe à point de départ dans le labyrinthe et le nystagmus viendrait d'un trouble d'innervation de ces muscles par excitation anormale des ampoules. Le tonus labyrinthique se développe par éducation analogue et simultanée à celle des sens spécifiques, dès les premiers mois de la vie, pour contribuer au sens complexe de l'équilibre du corps. L'imperfection du sens visuel donnant une excitation insuffisante aux centres cérébraux, et une stimulation anormale aux centres labyrinthiques, amènerait le trouble de motilité oculaire constituant le nystagmus congénital.

A. ANTONELLI.

C. BASLINI. **Contribution à l'étude clinique de la kératite parenchymateuse** (*Soc. médico-chir. de Pavie*, mai 1902). — Parmi 3,098 malades de la clinique de Pavie, il y en eut 31 atteints de kératite parenchymateuse ; dont 11 par syphilis héréditaire certaine, 3 par la même étiologie très probable, 1 par syphilis acquise en nourrice, 5 par tuberculose (?), 11 par étiologie inconnue. L'affection serait 2 fois plus fréquente chez les femmes, entre 10 et 20 ans. Dans 12 cas, Baslini aurait noté des rechutes. Le traitement spécifique donnerait des résultats brillants, même dans les cas à étiologie douteuse. (*C'est que, pour nous, elle ne l'est jamais*, douteuse, *cette étiologie. Baslini aurait dû dire que les jeunes sujets atteints de kératite parenchymateuse*

montrent toujours des stigmates ophtalmoscopiques, classiques ou rudimentaires, permettant d'être fixés sur leur tare congénitale. Du reste, l'affection cornéenne est secondaire à celle du tractus uvéal. Rarement les deux yeux sont atteints à la fois, de façon à nous rendre impossible tout examen ophtalmoscopique. Le traitement a une action manifeste, en écourtant considérablement la durée de l'affection et en permettant le retour aussi complet que possible de la transparence cornéenne, à condition qu'il soit aussi intensif qu'il est permis de le faire. *En général, le médecin est trop timide. Par les injections de sels solubles, notamment le benzoate de mercure, 2 à 3 centigrammes par jour suivant l'âge et la tolérance du sujet, l'on est sûr d'agir vite et bien. Les jeunes porteurs de kératite interstitielle sont presque toujours plus ou moins cachectiques et non rarement porteurs aussi d'affections ganglionnaires ou autres, scrofuleuses ou nettement tuberculeuses; ceci par une association morbide qui n'a rien d'extraordinaire. Or, le traitement spécifique est un reconstituant merveilleux, pour ces jeunes sujets, et, chose extraordinaire, loin d'aggraver les manifestations tuberculeuses, les améliore, en modifiant le terrain et en augmentant la résistance des tissus. Ceci est admirablement prouvé par les cas de lupus*, vrai lupus, *chez de jeunes sujets hérédo-syphilitiques, guéris ou considérablement améliorés par les injections de calomel.*) A. ANTONELLI.

G. ADDARIO. **La matrice du vitré dans l'œil de l'homme et des animaux.** Note préventive (*Riforma médica*, 1902, n° 17). — Les recherches microscopiques d'Addario l'ont convaincu que, l'épithélium ciliaire existant immédiatement en avant de *l'ora serrata* produit et augmente la charpente fibrillaire du vitré, dont il représente ainsi la vraie matrice assurant l'accroissement très lent mais continu du vitré.

JOSÉ WIEDEN PORTILLO. **Note sur la conjonctivite phlycténulaire et son traitement** (*Revista valenciana de Ciencias médicas*, 1902). — En s'étendant surtout sur le traitement de l'affection, qui n'est pas toujours sans danger, l'auteur conseille, spécialement pour les phlyctènes du limbe ou de la cornée ayant une certaine tendance térébrante, les attouchements à l'adide chromique (solution aqueuse 1, 5), à l'aide d'un tout petit tampon d'ouate roulé au bout d'une sonde. Le traitement des affections impétigineuses, si souvent concomittantes, et le traitement constitutionnel de la scrofule etc., ont aussi beaucoup d'importance. A. ANTONELLI.

Les traumatismes oculaires et leur traitement, par le Dr A. Leprince. — L'arcade sourcilière, le nez, l'éminence malaire, constituent pour l'œil de véritables remparts qui le protègent contre les atteintes extérieures.

Par suite de la laxicité des tissus périorbitaires, un coup sur l'œil produit rapidement un gonflement des paupières et des tissus environnants. En même temps, il existe une ecchymose sous-conjonctivale qui varie en intensité avec la gravité du traumatisme. Elle peut être limitée au point où l'œil a été atteint, ou recouvrir toute la sclérotique. Cette ecchymose sous-conjonctivale survient immédiatement après le traumatisme et en général a peu d'importance. Tout au contraire, le pronostic est sérieux lorsque cette ecchymose n'apparaît que quelques jours après l'accident. Dans ce cas, en effet, on sait qu'elle est le signe d'une fracture de la base du crâne et le traumatisme oculaire n'a plus qu'une importance très relative devant cette lésion.

A la suite d'un traumatisme léger, le malade ne se plaint généralement pas d'une diminution notable de l'acuité visuelle, qui est toujours plus ou moins prononcée dans les traumatismes graves.

A moins que l'œil n'ait été atteint dans sa structure, la diminution de la vision est presque toujours transitoire et de courte durée; elle peut être due, soit au choc subi par la rétine au moment de l'accident, soit à un astigmatisme passager.

L'hémorragie intra-oculaire est fréquente après les traumatismes, même s'il n'y a pas apparence de rupture du tractus uvéal.

Le sang peut envahir, soit la chambre antérieure, soit le vitré; il entrave toujours la vision et amène un changement de coloration de la membrane irienne.

Une contusion qui n'a pas été assez forte pour provoquer la rupture de l'œil, peut déterminer cependant des altérations intra-oculaires importantes : l'iris est fréquemment atteint, déchiré à sa base ciliaire, le cristallin luxé ou cataracté, la choroïde rompue, la rétine décollée.

Les déchirures de l'iris sont en général peu graves en elles-mêmes et guérissent rapidement.

La luxation du cristallin, assez fréquente à la suite d'un coup de poing, d'une balle de tennis, etc., est beaucoup plus sérieuse.

Lorsque le traumatisme est plus grave, la sclérotique peut se rompre et le cristallin venir se loger directement sous la conjonctive.

La sclérotique se rompt ordinairement à sa partie supéro-interne, tout près du bord scléro-cornéen. Ces cas sont toujours accompagnés d'une mutilation de l'iris et d'une hémorragie profuse.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques mois, de soigner à ma clinique une domestique qui, en ouvrant un placard, se frappa violemment l'œil sur une queue de casserole. La douleur fut extrêmement vive, et suivie d'insomnies et de douleurs de tête violentes.

La cataracte traumatique peut également survenir très rapidement après une contusion du globe. Le gonflement rapide des masses molles, est une indication d'urgence dans ces cas. Il n'est pas rare en effet, surtout chez les adultes, d'assister à des poussées glaucomateuses.

Plaies pénétrantes. — Elles sont fréquentes, non seulement chez les adultes, mais aussi chez les enfants qui se blessent souvent, soit avec un couteau, une fourchette, des ciseaux, des aiguilles, etc.

Toutes les fois que la cornée est traversée, l'humeur aqueuse s'échappe et l'iris peut faire hernie.

Quand la plaie est petite, des instillations d'atropine ou d'ésérine peuvent quelquefois dégager l'iris, mais le plus souvent il reste enclavé dans les lèvres de la plaie.

Une blessure de la cornée, même avec hernie irienne, guérit ordinairement sous l'influence d'un traitement aseptique, et sans beaucoup de désordres ultérieurs.

Il n'en est pas de même quand le cristallin a été blessé. Outre la cataracte traumatique, il peut se déclarer une irido-cyclite, les masses gonflées agissant comme les corps étrangers, et il peut en résulter la perte complète de l'œil. Il faut agir rapidement, évacuer les masses molles, et tirer largement parti des injections sous-conjectivales, qui, seules dans ces cas, peuvent, au début, faire rétrocéder l'infection.

Les corps étrangers constituent le traumatisme le plus important du corps vitré.

Deux cas peuvent se présenter; ils ont pénétré d'avant en arrière, ou bien ils ont atteint le vitré en arrière du corps ciliaire.

Dans le premier cas, les désordres peuvent être très graves: plaie cornéenne, cataracte, iritis, atrophie consécutive du globe.

A ce sujet, il nous semble intéressant de rapporter l'observation suivante, qui montre bien quels résultats on peut obtenir lorsque l'œil ne s'infecte pas.

Au mois d'octobre 1900, L.. maréchal aux environs de Bourges, ramasse une cartouche Lebel non brûlée. Rentré chez lui, il la serre dans un étau pour l'ouvrir et recueillir la poudre. La cartouche éclate dès qu'elle a été un peu pressée, et un morceau de cuivre lui coupe la paupière et l'œil. Le lendemain, L.. se présente à ma clinique.

La paupière supérieure droite est sectionnée longitudinalement

dans sa presque totalité, et la plaie est légèrement mâchurée.

L'œil présente également une plaie à la partie supérieure du globe, à 1 centimètre environ en arrière du limbe scléro-cornéen, et correspondant comme situation et longueur à la section palpébrale.

Aucun corps étranger n'est visible et le malade n'accuse aucune douleur. Toutefois une légère pression provoque une sensation de piqûre dans l'œil du patient. La chambre antérieure est trouble et il existe de l'hyphéma. V. O D = O.

Cependant, en examinant plus attentivement la plaie oculaire, et en pressant légèrement à la partie inférieure du globe, on aperçoit une proéminence jaunâtre.

A l'aide de pinces à iridectomie je saisis le fragment aperçu et je retire du vitré un morceau de cuivre courbé, irrégulier, aux bords fortement déchiquetés et dont les dimensions sont les suivantes :

Longueur.	15 millimètres
Largeur.	12 —

Je fais immédiatement une suture sclérale au catgut fin, puis une suture conjonctivale.

Enfin la paupière est elle-même suturée.

Une irrigation tiède de cyanure de Hg. à 1/5000, une instillation d'atropine et un pansement occlusif complètent l'opération.

Le lendemain, il existe toujours de l'hyphéma, un chémosis assez marqué et la cornée est nébuleuse.

Je pratique quelques scarifications de la conjonctive, des irrigations chaudes de cyanure et j'instille de l'atropine. Le pansement est renouvelé tous les deux jours.

Le sixième jour, les plaies palpébrale et oculaire sont complètement réunies. La cornée et toujours un peu nébuleuse.

Il compte les doigts à 30 centimètres et distingue les gros objets. La cornée a repris sa transparence.

Quatre mois plus tard le malade avait récupéré une partie de sa vision, sauf un scotome supéro-externe résultant du traumatisme. Son acuité était égale à 0,5. (*Annales médico-chirurgicales du Centre.*)

Décollement de la rétine dans la néphrite de la grossesse, par le Dr Helbron (de Berlin). — Cet éminent auteur a décrit avec tous les détails cette maladie rare. Chez une femme de 28 ans, primipare, enceinte de huit mois, l'acuité visuelle baissait progressivement depuis le milieu de décembre. Le 27 décembre 1900, la femme perd la vue subitement. Elle a 3 1/2 p. 1000 d'albumine

dans l'urine, et voit à peine les mouvements de la main devant l'œil. A l'optalmoscope, on constate des deux côtés une neuro-rétinite albuminurique, et vers en bas un décollement de la rétine étendu fortement, rebondissant et proéminant comme s'il y avait une tumeur derrière lui. Accouchement prématuré, le 31 décembre; la femme expulse un enfant mort. Le 2 janvier, il n'y a plus que 1 p. 1000 d'albumine. Le 10 février, disparition de la neuro-rétinite, guérison complète du décollement du côté gauche, et guérison partielle de celui du côté droit. Acuité visuelle : ODG = 1/4-1/3. Le 9 février, V = 1/2 à droite, 1 à gauche. Champ visuel normal. Il ne reste plus qu'une petite hémorragie dans la région maculaire et quelques plaques blanches. Quelques mois après V = 1 des deux côtés.

L'examen ophtalmoscopique montre les limites de la papille un peu confuse et quelques traînées de pigment à leur voisinage.

Dans les cas signalés jusqu'alors, la patiente la plus jeune avait 21 ans, la plus âgée 35. Le plus souvent, il s'agit de primipares dans la seconde moitié de leur grossesse. On a observé sans exception que le décollement de la rétine disparaissait relativement vite, il en est de même pour la rétinite qui guérissait cependant moins vite. La guérison se produit en général quinze jours après l'accouchement.

La date de l'apparition de l'affection pendant la grossesse, semble être sans influence, de même la durée du décollement; mais la durée de la période qui précède l'accouchement a la plus grande importance. L'acuité visuelle n'a été recouvrée entièrement que dans 3 cas. Ce tableau relativement défavorable doit être attribué à la rétinite, et non au décollement; en effet ce dernier montrait la même tendance à la guérison pour la rétinite de la néphrite chronique qui subsistait après l'accouchement, que pour la néphrite ordinaire de la grossesse.

Pour ce qui est du traitement, il faut abréger la grossesse le plus possible. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1902, nos 4 et 5.)

De l'abaissement de la cataracte, par M. DELORD. — M. Delord (de Montpellier) estime que l'abaissement de la cataracte est une méthode qui ne doit pas être abandonnée totalement.

Dans sa thèse, il relate des observations qui démontrent que cette vieille opération est capable parfois des résultats les plus heureux.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° Le manuel opératoire est fort simple; la réclinaison par scléroticonyxis doit être ordinairement pratiquée;

2° Les complications post-opératoires sont l'infection, la réas-

cension, la luxation dans la chambre antérieure, la cataracte secondaire, quelquefois le glaucome et l'ophtalmie sympathique; mais ces accidents sont relativement rares. Une intervention secondaire pourra souvent les faire disparaître ;

3° Les résultats actuels ne portent que sur un très petit nombre d'observations ; les chirurgiens qui ont de l'expérience à ce sujet, concluent aux bons effets de cette opération.

L'abaissement pourra être pratiqué :

a) Par crainte d'hémorragie expulsive, quand cet accident s'est produit sur le premier œil opéré ;

b) Par crainte d'infection, quand les annexes de l'œil présentent une suppuration chronique ;

c) Chez les hystériques, les épileptiques, les délirants, etc.;

d) Chez les vieux tousseurs, les prostatiques, etc. (Thèse de Montpellier, 1901.)

Réflexe pupillaire et sensibilité cutanée, par V. VARADY. — M. LADISLAUS V. VARADY (de Budapest) vient de publier une étude intéressante sur un nouveau signe de diagnostic des affections du système nerveux : la disparition plus ou moins complète du réflexe pupillaire que l'on constate normalement lors d'une irritation cutanée, tactile, thermique ou électrique.

Stefani et Nordera, qui ont étudié avec soin ce réflexe, avaient déjà constaté que, lors d'une irritation de courte durée, la pupille se dilatait puis reprenait son volume normal; ils firent, de plus, l'observation d'un myosis intense consécutif à la mydriase, puis d'une alternative de mydriase et de myosis.

Pour neutraliser les mouvements oculaires et l'accommodation qui pourraient fausser l'observation, Varady oblige le sujet à fixer un point, par exemple le nez de l'observateur.

Des constatations faites par l'auteur sur 50 sujets examinés par lui, il résulte que c'est à l'irritation produite par une piqûre d'épingle que la pupille réagit le mieux, que l'on fasse l'observation à la lumière du jour ou au gaz. Quand l'éclairage est trop intense, les réactions pupillaires sont plus rapides et difficiles à observer, elles sont plus lentes et atteignent de plus grandes dimensions avec un faible éclairage.

Dans l'hystérie, le réflexe se comporte comme chez un individu sain. Dans les anesthésies organiques, au contraire, le réflexe oculo-pupillaire manque ou est diminué, ce dont on peut se rendre compte en excitant un point symétrique du côté opposé du corps quand l'anesthésie n'existe que d'un côté, comme on l'observe dans l'hémiplégie et parfois le tabes.

La constatation de ce signe et la persistance du réflexe per-

mettent d'exclure avec certitude une anesthésie de cause organique.

Dans les cas de tabes observés par l'auteur, le réflexe oculo-pupillaire est indépendant des réactions de la pupille à la lumière, à l'accommodation et à la convergence, car ces trois réactions peuvent manquer en totalité ou en partie et le réflexe cutané persister. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1902, p. 310.)

Sarcome embryonnaire de la conjonctive chez un enfant de 5 ans. Opération le 30 octobre 1902. Récidive, par M. Fromaget.— L'auteur montre un jeune malade âgé de 5 ans auquel il a enlevé, il y a trois mois, une tumeur du volume d'une amende, implantée par un pédicule assez étroit dans le cul-de-sac conjonctival supérieur gauche. La tumeur fut enlevée avec une portion notable de la conjonctive saine périphérique. Cette tumeur, polypoïde, multilobée, fut soumise à l'examen histolgique, qui montra qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire. Le pronostic était donc des plus graves et, en effet, après une guérison opératoire des plus rapides, apparaissait deux mois après, à la partie externe du cul-de-sac conjonctival gauche, une tumeur plus volumineuse que la première qui soulève la paupière et la dépasse légèrement.

M. Armaignac demande à M. Fromaget ce qu'il se propose de faire en pareil cas.

M. Lagrange est étonné du diagnostic microscopique : sarcome, étant donnée la présence d'un ganglion. L'aspect framboisé de la tumeur plaide plutôt aussi en faveur de sa nature épithéliale. Au reste, le microscope a souvent donné lieu à des erreurs de ce genre.

M. Fromaget s'est incliné devant le diagnostic microscopique de la personne très compétente qui l'a pratiqué. De plus, l'évolution et l'âge du malade sont plutôt dans le cadre du sarcome, et le ganglion ne signifie pas grand'chose vu l'infection, la suppuration concomitante. Il répond à M. Armaignac qu'il se propose d'enlever à nouveau la tumeur. (Société de méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 30 janvier 1903; in *Journ. de Méd. de Bordeaux.*)

Sur l'action mydriatique de certaines solutions de pilocarpine. — Il est d'observation courante que certaines solutions de pilocarpine produisent de la mydriase ; le fait, grâce aux progrès réalisés, est de plus en plus rare.

Toutefois certaines précautions sont utiles dans la préparation de ce médicament; c'est ainsi qu'il doit être conservé dans des récipients spéciaux pour empêcher l'adjonction fortuite de l'atropine. Il faut en outre ne formuler que de petites quantités en raison de son altération rapide.

Une recommandation importante pour le pharmacien est de ne pas servir de l'eau bouillante pour la préparation des collyres, pour éviter une conversion possible de la pilocarpine en isopilocarpine. (Dr Lilienfeld, *Journal médical de Bruxelles.*)

Dr E. SENDRAL.

Contribution à l'étude clinique de la syphilis conceptionnelle au point de vue oculaire, par M. CRUCHAUDEAU. (Thèse de Paris, 1901). — Voici les conclusions que l'auteur tire de son intéressant travail : La syphilis conceptionnelle se comporte, au point de vue oculaire, comme la syphilis ordinaire.

L'état grisâtre de la papille, constaté chez des vieillards dont l'acuité visuelle est mauvaise, se trouve chez les spécifiques jeunes à l'état de stigmate, avec les mêmes conséquences, ce qui montre bien l'action sénilisante de la syphilis sur la papille comme sur le reste du fond de l'œil.

Cette action sénilisante explique probablement l'hypermétropie précoce que nous avons constatée fréquemment dans nos observations.

De même encore avons-nous observé les mêmes particularités chez nos spécifiques et chez les vieillards pour la vision du vert et du bleu.

Nous avons constaté l'influence de la syphilis sur la myopie, et nous rapportons deux observations de myopie monoculaire forte, et d'autres observations de myopie forte et faible dans nos syphilis ordinaires et conceptionnelles.

Dans un de nos cas de syphilis ordinaire, nous avons constaté une atrophie partielle du nerf optique.

Le traitement de l'atrophie tabétique du nerf optique par le nitrite de soude ne nous a donné aucun résultat dans les trois cas que nous avons soignés (syphilis conceptionnelle et syphilis acquise). (*Presse médicale*, 22 février 1902.) A. SCHWAB.

Dacryoadénite aiguë chez un enfant, par MM. CABANNES et DE BOUCAUD. — Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants, pendant un remplacement de M. le Dr Lagrange, un cas de dacryoadénite aiguë chez un jeune garçon de 7 ans.

La maladie avait été précédée d'une conjonctive aiguë avec suppuration peu marquée. Rapidement, une tuméfaction très accusée se montra au niveau des deux paupières au point de rendre impossible l'ouverture de l'œil. Nous arrivâmes cependant par le palper à découvrir au niveau de l'angle externe de l'œil une masse un peu dure, ayant à peu près la dimension d'une petite amande,

douloureuse à la pression, s'engageant en quelque sorte dans la loge de la glande lacrymale.

En éversant la paupière supérieure, on découvrait dans l'angle externe la glande lacrymale enflammée et hypertrophiée, recouverte d'une conjonctive vasculaire. L'inflammation restait ainsi très nettement localisée dans la partie profonde et l'épaisseur de la paupière. Il n'était certainement question ni d'orgelet ni de chalazion. Nous ne pouvions pas penser non plus à une périostite du rebord orbitaire, ce dernier n'étant ni hypertrophié ni douloureux à la pression. Nous nous trouvions donc en présence d'un cas non douteux de « dacryoadénite aiguë ».

Il ne nous a pas été possible de donner à cette affection une étiquette étiologique bien définie; rien n'était à noter en fait de maladie aiguë dans les antécédents les plus récents de notre sujet : ni rhumatisme, ni refroidissement, ni oreillons, etc.

Notre opinion est que nous nous trouvons vraisemblablement en présence d'une infection surtout de la glande palpébrale, infection ascendante d'origine conjonctivale.

La maladie a rétrocédé sous l'influence d'antiseptiques conjonctivaux et de compresses chaudes. (Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, séance du 12 janvier 1903; in *Journ. de Méd. de Bordeaux.*)

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE ET FORMULAIRE

PAR

Le Dr GALEZOWSKI

Névralgies de la 5e paire et migraines ophtalmiques. — 1° Pour combattre des douleurs violentes de la 5e paire, accompagnées souvent de photophobie et d'un larmoiement que rien ne peut calmer, nous conseillons d'avoir recours aux injections hypodermiques de codéine sous la formule suivante, une ou deux fois par jour pendant quelques jours consécutifs, à la tempe ou à la nuque.

Rp.	Phosphate de codéine.....	0 gr. 50
	Eau distillée.....	10 gr.
	Acide carbonique pur.....	0 gr. 01
	Injecter une seringue de Pravaz de...	1 cent. cube.

2° Ces injections sont quelquefois très douloureuses surtout si le tissu cutané tout entier du voisinage est hyperesthésié.

Pour rendre ces injections insensibles, il faut se servir d'un anesthésique local très puissant, rapide dans son action et dont le réveil est presque immédiat.

Cet anesthésique est le *chlorure d'éthyle* ou *kélène*, qu'on verse sur une compresse du *lint*, tenu devant la bouche pour en faire respirer quelques secondes : l'anesthésie devient instantanée.

Traitement des affections oculaires néoplasiques par le mercure. — « Pensons toujours à la vérole », disait Ricord. Fournier le répète après lui. Cherchons-là sur l'individu, chez ses parents et même chez les collatéraux. Le sujet a une affection qui ne paraît pas syphilitique, la constatation d'un phénomène spécifique chez ses frères ou sœurs devra nous engager à essayer quand même le traitement mercuriel. Ainsi, Fournier a observé un homme de 34 ans qui avait dans le petit bassin une volumineuse tumeur considérée comme un sarcome. Dans sa famille, il y avait eu 15 enfants dont 12 étaient morts. Le malade n'avait aucun stigmate de syphilis héréditaire, Fournier chercha très soigneusement dans cette direction et ne trouva rien. Le frère du malade dit à Fournier qu'il pensait que leur père avait eu la vérole. En fait, tandis que l'examen de l'œil de l'homme à la tumeur ne fournit rien, au contraire le second avait des lésions indiscutables et spécifiques.

Alors sans hésitation, le traitement spécifique fut institué (2 à 3 centigrammes de benzoate de mercure, 4, 6, 8 grammes d'iodure par jour). Huit jours après, amélioration, au bout de trois semaines pleine régression de la tumeur, deux mois après, disparition totale et engraissement de 10 kilos.

Ce cas est riche en enseignements. Il démontre qu'une tumeur paraissant indiscutablement maligne peut être syphilitique. — Il prouve que l'hérédo-syphilis peut ne se manifester par aucun signe extérieur visible et néanmoins déterminer des accidents terribles.

La bromhydrate d'arécoline comme myotique. — Le bromhydrate d'arécoline a été, dans le cours des dix dernières années, l'objet d'études approfondies qui ont fait reconnaître en lui un excellent myotique très propre à la diminution de la tension intra-oculaire. Sous beaucoup de rapports, il peut être considéré supérieur dans son action à l'ésérine, et même à la pilocarpine.

Les phénomènes d'irritation, qui succèdent à l'instillation de solutions à 1/2 p. 100, sont moins intenses que ceux produits par l'ésérine, mais plus marqués que ceux dus à la pilocarpine. Le bromhydrate d'arécoline donne lieu à un spasme de l'accommodation assez considérable, mais de courte durée. Par l'instabilité et l'énergie de son action sur la pupille et sur l'accommodation, l'aré-

coline l'emporte non seulement sur la pilocarpine, mais encore sur l'ésérine, mais cette dernière est supérieure à l'arécoline au point de vue de l'intensité de l'action. Tandis que l'arécoline ne provoque, sur l'œil normal, qu'un abaissement insignifiant de la pression intra-oculaire, elle donne lieu, dans le glaucome, à une diminution beaucoup plus rapidement passagère et plus considérable de cette pression que ne font l'ésérine et la pilocarpine; la continuité de l'épithélium n'en éprouve pas non plus la moindre altération. Bien qu'on ne puisse nier que l'arécoline donne lieu à des irritations parfois intenses de la conjonctive, on peut néanmoins avec avantage l'associer à l'adrénaline. Dr GALEZOWSKI.

Traitement des granulations molles de la conjonctivite par l'hermophényl, par POPOLANI (de Damas). — On a déjà bien souvent signalé les propriétés antivégétatives et bactéricides d'un nouveau produit thérapeutique, connu sous le nom de l'*hermophényl* ou mercure-phénol-disulfonate de sodium. C'est un composé organo-métallique, contenant 30 p. 100 de mercure, et qui se présente sous l'aspect d'une poudre blanche amorphe, très soluble dans l'eau, qui ne coagule ni le sérum, ni les substances albuminoïdes, qui est dépourvu d'action irritante et dont la toxicité est excessivement faible.

Cet antiseptique a été employé pour la première fois en oculistique sous forme de collyre à 1 p. 30 dans les ophtalmies purulentes des nouveau-nés par Bérard (de Lyon). Récemment, dans un mémoire présenté au dernier Congrès annuel de la Faculté française de médecine de Beyrouth (mai 1902), M. Popolani (de Damas) a publié les résultats que l'hermophényl lui a donnés dans le traitement des granulations molles de la conjonctive.

Son procédé consiste à faire d'abord le massage de la surface palpébrale au moyen d'un tampon de coton antiseptique sec qu'on fait passer plusieurs fois. On obtient ainsi le saignement de la surface granuleuse et son égalisation. Le massage terminé, on passe ensuite un tampon de coton imbibé d'une solution d'hermophényl à 15 p. 100. Sur 1,500 granuleux que M. Popolani a soignés de cette façon, 703 ont été suivis et sont restés guéris, c'est-à-dire qu'ils n'ont jamais présenté la moindre récidive. Dans ces cas, il a suffi d'un traitement moyen de vingt jours pour obtenir la cicatrisation et la guérison, même dans des cas restés rebelles à tous les autres traitements.

D'après M. Popolani, l'hermophényl a sur le nitrate d'argent l'avantage de ne pas être cautérisant et d'être mieux supporté par le malade; il ne trouble pas l'œil, tarit les sécrétions morbides et fait cesser le larmoiement. L'hermophényl est aussi antiseptique

que le sublimé; mais, mis en contact avec la peau, les muqueuses et les plaies, il ne les irrite pas, comme le fait ce dernier, et ne détermine pas le moindre accident d'intoxication; il favorise plutôt la cicatrisation, sans produire, comme le sublimé, un retard dans la réparation cicatricielle. Enfin le traitement des conjonctivites granuleuses par l'hermophényl se montre supérieur au traitement par l'huile de vaseline iodée dont il se distingue par une action antiseptique plus énergique (*La Presse médicale*, 7 février 1903).

VARIÉTÉS

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Réunion du vendredi 23 janvier 1903.

Le vendredi 23 janvier 1903, a eu lieu, au restaurant Marguery, la quatrième Réunion de l'année 1903 de l'Association de la Presse médicale française. Vingt-cinq membres y assistaient, sous la présidence de M. le Dr Labordb, syndic.

Honorariat. — M. le Dr Cézilly, membre fondateur de l'Association, a été, sur sa demande, nommé *Membre honoraire*. — De plus, M. Cézilly, ancien syndic, a été acclamé comme *syndic honoraire*.

Nominations. — M. le Dr Cézilly fils a été nommé membre titulaire comme rédacteur en chef du *Concours médical;* — M. le Dr Dor, comme rédacteur en chef de la *Revue d'Ophtalmologie*, en remplacement de M. le Dr Meyer, décédé.

Candidatures. — Sont chargés du rapport sur les candidatures de MM. les Drs Soulié (*Bulletin médical de l'Algérie*), Butte (*Annales de Thérapeutique derm. et syph., etc.*), Courtault (*Tablettes médicales*) : MM. Olivier, Touvenaint et Rodet.

Congrès de Thalassothérapie de Biarritz. — M. le Dr Geórges Baudouin est délégué par l'Association pour la représenter à ce Congrès.

Élection d'un Syndic. — Par suite du passage à l'honorariat de M. Cézilly, M. le Dr Albert Robin a été nommé Syndic de l'Association.

CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE DE MADRID. — M. le Secrétaire général de *l'Association internationale de la Presse médicale* a donné les quelques détails parvenus à sa connaissance et relatifs à l'organisation de ce Congrès par le Comité espagnol.

CONGRÈS D'ASSISTANCE DE BORDEAUX. — Le Secrétaire général est autorisé à se mettre en rapport avec le Congrès.

LA PRESSE A L'ACADÉMIE. — M. LABORDE a tenu l'assemblée au courant des démarches qu'il a faites comme président pour obtenir une réponse à la pétition déposée par lui sur le Bureau de l'Académie au nom de l'Association.

ORDRE DU JOUR. — A la prochaine réunion, les deux questions suivantes, qui n'ont pu être discutées faute de temps cette fois-ci, seront à l'ordre du jour :

1° *Nomination d'une Commission permanente d'admission.*
2° *Conditions d'admission des Correspondants étrangers.*

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA PRESSE MÉDICALE

Le bureau de renseignements médicaux.

Le Conseil municipal de Paris vient de décider, en principe, la création du bureau de renseignements médicaux, dont le Dr R. Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la presse médicale, poursuit la réalisation depuis deux ans, au retour d'un voyage d'études dans les grandes capitales européennes. Sur la proposition de MM. Dausset et Félix Roussel, un premier crédit de 3,000 francs a été attribué à cette fondation, qui relèvera directement de la 4e commission du conseil municipal et sera installée, soit à la Faculté de médecine, soit à la Sorbonne, soit à l'Hôtel de Ville.

A la Faculté, après les démarches faites par le Dr Blondel, d'abord auprès de M. Brouardel, dès 1900, puis auprès de M. Debove, la question a été mise à l'étude et le conseil des professeurs, sur un rapport très favorable de M. Pozzi, a approuvé l'installation éventuelle de ce bureau dans la Faculté.

Dans ce bureau les médecins de l'étranger, ou même de la province, entreprenant un voyage d'études à Paris, trouveront un ou des employés *polyglottes* munis de fiches tenues régulièrement à jour, et pouvant donner tous les renseignements désirables sur l'enseignement officiel ou libre, les services hospitaliers, les cli-

niques, les jours et heures de leçons ou d'opérations des chirurgiens et spécialistes, le fonctionnement des services de l'Assistance publique, la répartition, heure par heure, de l'enseignement et du travail dans chaque hôpital, école, institut, laboratoire, etc. On y trouvera également tous les renseignements concernant les services municipaux et autres intéressant la médecine ou l'hygiène : laboratoire municipal, Morgue, eaux, égoûts, incinération, etc. Enfin, les médecins étrangers trouveront, classés par nationalités, les noms, adresses et heures de leurs compatriotes médecins fixés à Paris et acceptant de leur servir de guides à l'occasion.

Le but de cette intéressante création est de rendre plus profitable et plus aisée la connaissance des multiples services administratifs ou didactiques existant à Paris et appelant la visite des médecins étrangers en tournée d'études. La propagation de l'influence française ne peut que gagner à la multiplication de ces visites.

M. le professeur Cirincione vient d'être nommé, après concours, titulaire de la chaire d'ophtalmologie de l'Université de Sienne (Italie).

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

« Au mois de mai 1902, il a été publié dans le *Recueil* un cas de neurone plexiforme fasciculé amyélinique de la paupière, où il a été dit qu'il y a eu récidive au bout de cinq mois. Mais ce n'est pas absolument vrai. Voila ce qui s'est passé : Quelque temps après l'extirpation, les troncs veineux se sont engorgés et il y a eu tuméfaction pendant plusieurs mois, ce qui a fait croire à une récidive. Mais, dernièrement, je revis la petite enfant et le résultat est si bon qu'il n'y a pas de trace de la tumeur ».

« E. Lopez. »

Le Gérant : Félix Alcan.

6182. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — Motteroz, dir.

LES

COMPLICATIONS OCULAIRES OBSERVÉES DANS LA SCARLATINE

PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE 1902 A WILNA

PAR

Le Dr STRZEMINSKI (de Wilna)

La scarlatine sporadique s'observe à Wilna presque constamment; souvent elle devient épidémique. Une épidémie très maligne avec de nombreuses complications dura pendant toute l'année 1902 et se prolonge encore maintenant (janvier 1903). La mortalité a commencé à augmenter considérablement depuis août (dans ce mois moururent 16 personnes sur 200,000 habitants de la ville environ) et a atteint la plus grande intensité en octobre (37 cas de mort). De même que dans les autres épidémies, la plus affectée était la basse et la centrale partie de la ville, tandis que la supérieure ne présentait que très peu de cas de scarlatine.

Les complications oculaires de la scarlatine sont très rares. Dans les épidémies précédentes à Wilna je ne les avais presque jamais observées, excepté l'œdème des paupières et la conjonctivite catarrhale (parfois avec l'œdème de la conjonctive), pendant la période d'éruption, accidents qui apparaissaient rarement. Dans l'épidémie présente j'ai vu sept cas, dont deux étaient dangereux pour les yeux. Les complications oculaires dans tous ces cas se développaient dans la dernière période de la scarlatine ou après sa fin.

Observation I.

M. A., a une fille de 9 ans. Je l'ai vue la première fois le 12 mai 1902, quand la scarlatine, qui avait été compliquée de néphrite, disparaissait déjà. Dans l'œil gauche, sur la cornée, au-dessus du centre se trouvait un ulcère profond de

2 millim. 1/2 de diamètre, dans la période progressive; il présentait des bords inégaux, jaunâtres et infiltrés, le fond accusait une infiltration suppurative. A l'entour, la cornée révélait une opacité grisâtre, composée de points et de petites stries rayonnantes, dirigées vers l'ulcère, couverte de l'épithélium terni. On voyait l'hypopyon qui occupait un tiers de la chambre antérieure. Rétrécissement de la pupille, irritation considérable de l'œil, injection périkératique, photophobie, larmoiement, douleurs. Puisque toujours, et surtout dans l'ulcère de la cornée, je fixe mon attention sur l'état du canal lacrymal, je pus constater au début le rétrécissement du canal gauche, tandis que le droit était normal. J'ai appliqué le traitement que j'institue généralement contre les ulcères de la cornée de quelque origine qu'ils soient et quelque extension qu'ils présentent. J'ai cautérisé l'ulcère avec la solution de l'acide lactique de 50 p. 100, j'ai instillé l'atropine, recouvrant ensuite l'ulcère par la poudre d'iodoforme et administrant le bandeau compressif avec la compresse échauffante. Cette thérapeutique, d'après mon expérience, datant de longues années, agit admirablement sur les ulcères de la cornée, avec ou sans hypopyon. Souvent il faut instituer la cure du rétrécissement du canal lacrymal, cette affection existant fréquemment dans les yeux atteints de ces ulcères. La rétention des larmes produit dans le sac lacrymal des altérations qui donnent aux microbes des conditions favorables de développement. Dans ce cas la plus petite excoriation sur la cornée, étant envahie par les microbes, se transforme facilement en un ulcère. Les recherches de Sattler et de Widmark ont démontré que les microbes dans le sac lacrymal infecté et dans l'ulcère de la cornée sont identiques. J'ai vu bien des fois le renouvellement de l'ulcère chez des personnes atteintes du rétrécissement du canal lacrymal et qui négligeaient de le traiter convenablement. Surtout fréquemment, je l'ai signalé chez les paysans qui, parfois chaque été, pendant les travaux agricoles, sont affectés après le plus petit traumatisme de la cornée d'un profond ulcère avec hypopyon, toujours du côté du canal rétréci. Ils

n'ont généralement ni temps ni envie de rester en ville pour subir le traitement du rétrécissement du canal lacrymal et, sitôt que l'ulcère est guéri, retournent à la campagne s'exposant à des récidives périodiques de cette affection, dangereuses pour l'œil.

Sous l'influence de la thérapeutique indiquée, les ulcères, même vastes et profonds, cessent de progresser, s'éclaircissent et guérissent relativement vite; l'hypopyon, même considérable, occupant plus de la moitié de la chambre antérieure, se résorbe. Par conséquent, je peux presque toujours m'abstenir de l'intervention chirurgicale, comme la paracentèse et la section de Saemisch.

Je n'emploie pas des myotiques, mais l'atropine, parce que presque continuellement les ulcères de la cornée sont accompagnés sinon par l'iritis, du moins par l'hypérémie de l'iris. Les myotiques empirent cet état et facilitent la formation des synéchies avec toutes leurs suites, dangereuses, tandis que l'atropine, en écartant les accidents morbides de l'iris, aide à la guérison de l'ulcère, à la résorption de l'hypopyon et en même temps agit sur les douleurs. Il faut remarquer que la dilatation de la pupille, contractée dans les ulcères de la cornée, ne vient pas facilement et qu'il faut des instillations répétées de ce médicament pour arriver à la dilater.

A cette occasion, je dois accentuer l'effet favorable du bandeau avec la compresse échauffante sur les ulcères et en général sur les processus purulents de la cornée, mais seulement à condition expresse que cette compresse soit appliquée hermétiquement et, le mieux, par le médecin même. Le bandeau défend la cornée contre la perforation et la compresse, en dilatant les vaisseaux dans les tissus voisins de la cornée, soutient la vitalité de cette membrane fortement affaiblie, et la préserve de la nécrose; elle exerce une influence signaléē sur la cicatrisation de l'ulcère et sur la résorption de l'hypopyon et elle calme les douleurs, parfois très vives dans cette affection. L'incommodité de la compresse échauffante consiste dans la production, chez des personnes prédisposées, de l'eczèma sur la peau des paupières et dans l'aug-

mentation de la sécrétion de la conjonctive quand celle-ci est atteinte d'une infection. Dans le premier cas on couvre la peau, sous la compresse, de vaseline ou d'un autre corps gras; dans le second on emploie, surtout quand la conjonctivite est purulente, la solution de nitrate d'argent.

Quand l'hypopyon a disparu et que l'ulcère se cicatrise, le bandeau et la compresse sont remplacés par les verres fumés.

Dans le cas, que je décris, l'hypopyon a commencé à diminuer le troisième jour et a disparu le sixième. En même temps cédait l'opacité qui entourait l'ulcère et celui-ci cessait de progresser; son fond et ses bords devenaient égaux et lisses. Le douzième jour après le commencement du traitement on ne trouvait sur la place de l'ulcère qu'une petite tache qui ensuite s'éclaircit si bien qu'à présent elle n'est visible qu'à l'aide d'une loupe.

Je n'ai pas pu instituer le traitement du rétrécissement du canal lacrymal parce que les parents de l'enfant ont refusé leur consentement.

Dans le cas décrit, outre la scarlatine et le rétrécissement du canal lacrymal, il n'existait ni un traumatisme ni une autre cause qui pouvait déterminer l'affection de l'œil; je la dois donc attribuer à ces deux maladies. Puisque je n'ai pas vu le commencement de la lésion de la cornée, et personne n'a pu me le décrire, je ne peux que supposer qu'au début, il se forma sur la cornée, sous l'influence de la scarlatine, un petit ulcère ou peut-être seulement une perte de substance. Les microbes, qui se développaient abondamment dans le sac lacrymal, transformèrent vite l'affection primitive en un vaste ulcère avec hypopyon.

Observation II.

Le 7 août 1902 on m'a conduit un garçon de 8 ans qui venait d'être malade de la scarlatine, compliquée de la néphrite et de l'affection de l'oreille droite, et qui depuis plusieurs jours se plaignait de douleurs dans l'œil droit. J'ai

trouvé dans cet œil, sur la cornée, auprès de son bord en bas et en dehors, un ulcère rond, en forme de cratère, d'un millimètre de diamètre, tel enfin qu'on voit se produire des phlyctènes. Et réellement près de l'ulcère, mais plus haut on observait sur la conjonctive une phlyctène, entourée d'une faible injection péri-kératique. La pupille n'était pas rétrécie, l'iris ne présentait nuls symptômes de l'inflammation ou de l'hypérémie.

Les phénomènes de scrofule faisaient complètement défaut, on ne trouvait pas non plus les parasites dans les cheveux, auxquels on attribue parfois les phlyctènes, ni autre cause pouvant déterminer l'affection de l'œil. Ainsi je la dois considérer comme conséquence de la scarlatine.

Un seul attouchement de l'ulcère par la solution de l'acide lactique, l'emploi d'iodoforme et le bandeau avec la compresse échauffante ont produit au troisième jour la cicatrisation de l'ulcère. L'application de pommade au précipité jaune a amené pendant les quatre jours suivants la guérison de l'œil. La petite opacité, qui restait à la place de l'ulcère, a disparu complètement plus tard.

Observations III, IV et V.

En août et en septembre j'ai observé chez trois enfants (un garçon de 12 ans, dans les deux yeux; une fille de 6 ans, dans l'œil gauche; et une fille de 7 ans, dans l'œil droit), dans la dernière période de la scarlatine, de nombreuses petites phlyctènes sur la conjonctive auprès du limbe cornéen et sur le limbe même, avec une injection diffuse périkératique et une forte irritation des yeux. Dans ces trois cas l'affection fut guérie promptement par l'onguent au précipité jaune, les compresses chaudes et l'atropine (très rarement); les phlyctènes ont disparu sans former des ulcères.

Ces trois enfants présentaient, à un faible degré, les symptômes de scrofule en l'absence des autres maladies générales (excepté la scarlatine) et locales. Aussi je suppose que l'affection oculaire était la conséquence de la scarlatine, mais

qu'elle a pris la forme de la conjonctivite phlycténulaire sous l'influence de la prédisposition des enfants aux scrofules.

La scarlatine, dans ces trois cas, n'a pas été maligne; elle était cependant compliquée par l'affection des reins.

Observation VI.

Le 6 novembre 1902 on me présenta un garçon de 13 ans qui se plaignait depuis plusieurs jours d'un trouble de la vue consistant dans l'impossibilité de lire et d'écrire. L'anamnèse a révélé qu'il a été atteint de la scarlatine qui a disparu il y a deux semaines. La forme de la maladie a été grave; comme complications on a observé la diphtérie, la néphrite et une affection de l'oreille gauche. Avant la scarlatine il lisait et écrivait parfaitement bien. Le trouble de la vue a été au début moins accentué, mais pendant plusieurs jours il a atteint le degré indiqué.

Les deux pupilles étaient dilatées et immobiles. Emmétropie. L'acuité visuelle et le champ visuel ne présentaient pas de changements; l'ophtalmoscope ne démontrait nulle altération. Le malade se plaignait du sentiment d'éblouissement (conséquemment à la dilatation des pupilles), du trouble dans la vision des objets rapprochés, qui semblaient comme couverts d'un nuage, tandis que les objets éloignés étaient vus clairement; il existait de la micropsie. Lire et écrire, le malade ne le pouvait absolument pas.

L'application des verres convexes a fait disparaître tout le trouble; le malade lisait (n° 1 de Jareger), écrivait et voyait les objets rapprochés aussi bien qu'avant la maladie.

Les symptômes indiqués permirent de constater la paralysie de l'accommodation et du sphincter de la pupille (ophtalmoplégie interne) de deux yeux. En l'absence des autres causes de l'affection oculaire on n'a pu l'attribuer qu'à la maladie dont le garçon a été atteint : à la diphtérie scarlatineuse.

A côté du traitement fortifiant, on appliquait les injections sous-cutanées de la strychnine et la faradisation. La

paralysie, diminuant par degré, a disparu après trois semaines.

La paralysie de l'accommodation à la suite de la diphtérie scarlatineuse survient beaucoup plus rarement qu'après la primitive. Ainsi Remak[1] sur cent cas de paralysie diphtérique observée dans la clinique du professeur Hirschberg n'a trouvé qu'un seul cas déterminé par l'affection scarlatineuse de la gorge. Dans tous ces cas, la paralysie n'atteignait que l'accommodation ; le sphincter de la pupille restait normal tandis que dans mon cas il était affecté.

Schmidt Rimpler[2] aussi émet l'opinion que la diphtérie scarlatineuse provoque très rarement une affection oculaire.

Plus fréquemment on voit un affaiblissement de l'accommodation dépendant de la débilité générale.

Observation VII.

Je n'ai vu qu'une seule fois ce cas dans la baraque d'isolement pour les malades contagieux. Une fille de 9 ans était atteinte d'une forme grave de scarlatine. Comme complications ont apparu la néphrite, la diphtérie dans la gorge et dans le nez et l'otite moyenne de l'oreille gauche qui un peu plus tard a nécessité une trépanation.

J'ai trouvé dans l'œil gauche la diphtérie de la conjonctive palpébrale et l'infiltration purulente remplissant toute la cornée. L'œil était perdu et devint ensuite atrophique. L'affection de la cornée, d'après l'observation du Dr Górnicki, médecin de baraque, a apparu et se développa pendant une dizaine d'heures. Les autres complications de la scarlatine ont cédé et l'enfant saine sortit de baraque.

La littérature démontre la rareté des complications oculaires de la scarlatine. En outre des cas semblables aux miens, on a observé ces complications comme une conséquence de

1. *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1886.
2. « *Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten* », p. 446. Wien, 1898.

la néphrite scarlatineuse[1], mais beaucoup plus rarement que dans la néphrite primitive et avec un meilleur pronostic. Comme suite de la scarlatine, Nettleship[2] a observé le phlegmon orbitaire, Lindner[3] l'abcès de la glande lacrymale, Kendall[4] du sac lacrymal, Hodges[5] l'abolition de la vue d'un œil par suite de l'embolie de l'artère centrale de la rétine, Pflueger[6] l'inflammation et l'atrophie du nerf optique à la suite de méningite scarlatineuse, Foerster[7] la paralysie de deux faciaux et l'ulcère des deux cornées à côté de l'otite scarlatineuse bilatérale.

Dr Strzeminski.

ISSUE SPONTANÉE PENDANT UNE IRIDECTOMIE

D'UNE CATARACTE ABAISSÉE

NEUF ANS AVANT

PAR

Le Docteur A. BOUCHART

Aide-major de 1re classe, Attaché à la Direction du Service de santé militaire de Constantine.

Un arabe est envoyé, le 13 octobre 1902, à l'hôpital militaire d'Aïn-Beïda (où j'étais alors), se plaignant d'une diminution considérable de la vision de l'œil gauche. A droite, l'œil est perdu depuis vingt-neuf ans et réduit à l'état de moignon. Le malade est accompagné de deux autres auxquels toute intervention est refusée, l'un comme incurable, l'autre comme ayant été préalablement opéré par un empirique indigène. Aussi notre sujet interrogé à son tour, affirme énergiquement n'avoir jamais été traité par un de ses coreligionnaires.

1. Schmidt-Rimpler, *loc. cit.*
2. *Medical Times and Gazette*, 1880.
3. *Wien. medic. Blatt.*, 1891.
4. *British med. Journal*, 1883.
5. *Ophtalmic Review*, 1885.
6. *V. Graefe's Archiv für Ophtalm., XXIV.*
7. *Klinische Monatsblätter für Augenheilk.*, 1882.

A l'examen de l'œil gauche on trouve : injection conjonctivale moyenne, tension normale, mais il faut savoir que chez l'arabe adulte et surtout âgé, la rigidité et la sclérose des enveloppes oculaires donnent toujours la notion d'une tension oculaire supérieure à la tension réelle. La sclérotique est également très vascularisée, sans inflammation actuelle ou ancienne. Pas de granulations en activité. La cornée présente un leucome d'opacité moyenne, diffus, central, laissant claire une zone périphérique, surtout en dehors et en haut, large de 2 à 3 millimètres. La cornée paraît plus grande que de coutume. La vision, difficile à apprécier chez un être aussi primitif, est entre 1/50 et 1/100. — La chambre antérieure est très profonde : l'iris ne tremble pas, autant qu'on peut le voir par le pourtour cornéen, et est en mydriase notable.

L'examen profond est rendu difficile par le leucome central très étendu ; néanmoins le fond de l'œil apparaît avec sa teinte normale : aucune grosse lésion n'est visible, la papille ne peut être atteinte, non plus que la macula. Conclusions : le malade n'a pas de cataracte, et affirme n'avoir jamais subi d'intervention. La tension est bonne et permet d'espérer un bon effet d'une iridectomie optique étroite mais atteignant presque la racine de l'iris, et pratiquée dans la zone claire de la cornée.

Après plusieurs jours de préparation et désinfection, l'opération est pratiquée le 16. Incision à la lance coudée, large de 8 millimètres en haut et en dehors, en arrière du limbe. L'humeur aqueuse est évacuée très lentement.

La pince est introduite mais ne parvient pas à saisir l'iris qui est en mydriase accentuée, très en arrière, rigide et nullement propulsée en avant, même dans sa portion sphinctérienne. Le malade est très calme : on aseptise un crochet pour attirer l'iris. A ce moment, apparaît une masse blanchâtre, opaline, souple, qui venant du fond de l'œil derrière la zone inférieure ciliaire, envahit la pupille, passe dans la chambre antérieure, jusqu'aux lèvres de l'incision sans les écarter. Après un moment d'hésitation je saisis à la pince ce qui se présentait et lentement, sans traction difficile, je puis extraire

un sac membraneux de plus de 1 cent. 1/2 de long portant en bas un noyau de cristallin cataracté en régression de 5 millimètres de diamètre environ.

Je ne juge pas prudent de tenter l'iridectomie. Esérine, vaseline iodoformée stérilisée et un pansement un peu plus compressif que de coutume sont appliqués.

Le lendemain, le malade est calme, sans douleurs. Aucun suintement sanguin n'a souillé le pansement qui est défait le troisième jour.

La chambre antérieure est reformée, très profonde. Pansement occlusif pendant vingt-quatre heures encore, et ensuite bandeau noir doublé de gaze aseptique. Esérine deux fois par jour : ce collyre agit peu et n'est pas continué.

Le sixième jour, l'œil ne présente plus aucune infection; j'essaye alors le traitement du leucome par la dionine à 5/100 pour tenter de le faire résorber par « l'inondation lymphatique ». J'obtiens pendant quelques jours seulement une congestion sans intensité, pas de chémosis. La plaie cicatrise avec la rapidité ordinaire, le leucome central n'est pas modifié.

Le malade satisfait de la légère amélioration visuelle (V = 1/20 environ) sort sur sa demande le 26 octobre. Revu depuis plusieurs fois jusqu'au 8 décembre il n'a présenté aucune modification.

Des nombreuses remarques que nous suggère cette observation, je signalerai seulement les suivantes :

1° Un cristallin abaissé par la méthode arabe, c'est-à-dire sans asepsie, sans anesthésie a été toléré pendant neuf ans (d'après les aveux du malade).

Je n'ai pu savoir si le leucome était consécutif à l'intervention. Celle-ci avait évidemment consisté en un abaissement : en effet le cristallin, sous mes yeux, a simplement suivi en sens inverse la voie parcourue; il est remonté lentement le long de la face postérieure du corps ciliaire et de l'iris, et s'est engagé dans la chambre antérieure grâce à la dilatation pupillaire et à la petitesse du noyau cristallinien.

2° La zonule avait été rompue par l'indigène, en haut;

ensuite l'abaissement avait été effectué, l'anesthésie partielle de l'œil étant relativement obtenue, dans une sorte d'hypnose provoquée par des incantations et gestes sacrés, monotones et continus. — La cristalloïde non rompue contenait une petite quantité (1/2 goutte environ) d'un liquide blanc très clair qui accompagnait le noyau.

3° Ce vitré possédait une membrane hyaloïde primitive ou secondaire suffisante pour empêcher toute issue, et ceci sans le secours de la cristalloïde postérieure, qui probablement ne se trouvait pas à sa place avant l'opération, et qui a été entraînée par la pince avec tout l'appareil cristallinien. L'œil put être examiné aussitôt cette extraction et avant l'ablation du blépharostat sans qu'on vit aucun entrebaîllement de l'incision, et aucune tendance à la hernie du vitré.

4° Enfin, je crois que l'organisation spéciale de cet œil, qui avait subi neuf ans auparavant une intervention grave et peut-être depuis cette époque des altérations consécutives, ne permet pas de tirer de cette observation aucune conclusion applicable à l'extraction du cristallin luxé dans le vitré, par traumatisme ou pendant l'opération de la cataracte. Le cas de Knapp, cité par Panas, paraît cependant s'en rapprocher[1].

Dr A. Bouchart.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 *mars* 1903

Présidence de M. A. Terson

M. Péchin, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Péchin. — A propos de la communication de M. Terrien, sur la *kératite interstitielle expérimentale d'origine toxique*,

1. Si l'on pense que l'aphakie aurait dû être révélée par l'ophtalmoscope, je répondrai que le leucome étendu rendait impossible tout examen exact et que la lueur rétinienne était le seul fait positif à affirmer.

je crois intéressant de citer l'observation d'un chien que j'ai observé avec M. Phisalix.

Ce chien a reçu, du 11 juin au 21 juillet 1898, quatre injections sous la peau de la cuisse (2 centimètres cubes de culture de bacille de la septicémié des cobayes décrite par M. Phisalix). Il y eut des vomissements, de l'abattement, mais au bout de vingt-quatre heures l'animal paraissait rétabli.

Le 21 juillet on fait dans la saphène interne une injection de 1 centim. 3/4. On fait la même injection à un autre chien témoin de même poids. Ce dernier mourut au bout de huit heures; il eut des vomissements, de la diarrhée sanguinolente, puis survinrent la somnolence, la parésie et le collapsus. Les yeux ne furent pas atteints.

Le premier chien, celui qui avait déjà reçu trois injections, eut des accidents généraux pendant deux jours (vomissements, grande faiblesse) et le troisième jour apparurent des accidents oculaires : œil gauche rouge, un peu exophtalmié, cornée grisâtre, dépolie, puis panophtalmie. Le huitième jour l'œil droit se prend : chémosis, cornée dépolie, grisâtre. On fait l'énucléation de l'œil gauche et dès le lendemain, l'état de l'œil droit s'améliore. Cet œil a guéri.

Des ensemencements avec le pus de l'œil gauche ont donné des cultures pures du microbe de la septicémie des cobayes.

Ainsi pour l'œil gauche le processus qui a déterminé des troubles cornéens a évolué jusqu'à la panophtalmie par infection du tractus uvéal. Dans l'œil droit la cornée seule a été atteinte, le processus s'est arrêté et la cornée a repris sa transparence, sans qu'on puisse affirmer le bénéfice de l'énucléation ou invoquer une infection moindre de ce côté.

C'est surtout dans « la maladie des chiens » qu'on constate les opacités cornéennes, soit que la maladie évolue spontanément, soit qu'elle évolue expérimentalement. La cornée est blanche, opaline, bleuâtre. Ces opacités constituent l'accident primitif; elles sont très communes. Elles se développent tantôt sur un seul œil, le plus souvent sur les deux et successivement. Ces taies disparaissent spontanément. L'infection est due à un microbe spécifique étudié par Lignières sur le chien et par Phisalix sur le cobaye, microbe qu'on désigne sous le nom de Pasteurella canis et qui ressemble au microbe du choléra des poules.

M. KALT. — Je désire vous donner des nouvelles de la malade atteinte de *gommes épisclérales* que j'ai présentée à la dernière séance.

Cette malade a été traitée pendant quatre semaines par les injections au biiodure de mercure à la dose d'un centigramme, quatre

fois par semaine. Il n'a pas été donné d'iodure de potassium.

Actuellement cette malade est guérie. Les tumeurs ont disparu et la sclérotique a pris une teinte ardoisée. Les plaques d'ecthyma à la jambe droite sont guéries également.

J'ajouterai que l'examen histologique d'un fragment d'une des tumeurs a montré un tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires.

Il n'y avait pas de cellules géantes.

Le procès-verbal est adopté.

M. MORAX, *secrétaire général*, dépouille la correspondance qui comprend :

1° Une lettre du Dr Landolt remerciant la société pour son élection et s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre du Dr Roques posant sa candidature à une place de membre correspondant national et adressant à l'appui un travail sur *les traumatismes de la cornée*;

3° Une lettre du Dr Darier demandant à la société de se prononcer sur la réinscription à l'ordre du jour des communications qui n'auraient pas été faites à une séance précédente et sur l'oubli qui aurait été fait de ses participations à la discussion dans le Bulletin de la société.

La société consultée par le président décide que dorénavant lorsqu'un membre de la société inscrit pour une communication ne l'aura pas faite à la séance annoncée, elle sera inscrite de droit à la séance suivante. Dans le cas où l'auteur ne la ferait pas et ne préviendrait pas le sécrétaire général, elle ne sera pas portée à nouveau à l'ordre du jour.

En ce qui concerne la publication des comptes rendus, la société décide que l'ordre du jour portera chaque fois une mention rappelant que les communications, participations aux discussions, etc., devront être adressées au secrétaire annuel M. le Dr Dupuy-Dutemps, 41, avenue Kléber, dans les huit jours qui suivront la séance, à défaut de quoi ils ne pourront être publiés. Elle décide en outre qu'il ne sera pas envoyé de lettres de rappel aux membres qui oublieraient d'adresser leur copie en temps utile.

M. F. TERRIEN. **Vésicule post-cristallinienne.** — Observation d'un jeune sujet de 14 ans qui sept à huit mois auparavant remarqua par hasard une diminution de l'acuité visuelle du côté gauche. L'acuité visuelle de ce côté est de 1/6 tandis que celle de l'œil droit est normale.

On constate à l'éclairage oblique dans le champ pupillaire, à peu près exactement au centre de la cristalloïde postérieure, une

petite vésicule parfaitement transparente, brillante et ayant l'aspect d'une gouttelette d'huile. Cette vésicule, qui mesure environ 2 millimètres de diamètre, est adhérente à la cristalloïde postérieure et en ce point il existe une petite opacité capsulaire centrale. Les milieux de l'œil sont parfaitement transparents, le fond d'œil est normal et il n'existe aucune autre anomalie. La pupille réagit bien et la réfraction est emmétropique. L'œil droit est normal et a une acuité visuelle égale à l'unité.

Le docteur Guiot (de Caen) qui a vu le malade pour la première fois a constaté cet aspect et depuis cette époque, soit depuis trois mois environ, cet état ne s'est pas modifié.

Le diagnostic de la nature de cette vésicule est à peu près impossible. L'état stationnaire de l'affection qui n'a subi aucune modification depuis le moment où elle a été constatée, la transparence des milieux et l'absence de phénomènes rationnels, cadrent bien avec l'hypothèse d'un cysticerque du corps vitré. On peut penser à une anomalie congénitale du globe oculaire; persistance du canal de Cloquet ou de l'artère hyaloïde, mais la limitation exacte et les contours arrondis de la petite tumeur sont peu en rapport avec un tel diagnostic. En résumé celui-ci est à peu près impossible et l'évolution ultérieure de l'affection permettra seule d'en reconnaître la nature.

M. Antonelli. — Le malade de M. Terrien présente, lorsqu'on l'examine à l'éclairage focal et à la loupe, un simple point blanc grisâtre de cataracte corticale polaire postérieure. Lorsqu'on l'examine, par contre, au miroir plan (pour modérer l'éclairage) et à la loupe interposée tout près de l'œil (pour grossir l'image), ce que l'on voit est une toute petite vésicule que l'on dirait très refringente, presqu'une gouttelette d'huile, collée sur le pôle postérieur du cristallin. Les milieux sont, du reste, transparents, le fond normal. Etant donné ces signes objectifs et les commémoratifs, toute hypothèse de cysticerque me semble à écarter. Je crois à un vestige de canal de Cloquet, rempli par un liquide lymphatique de façon à prendre la forme sphéroïdale. L'on pourrait penser, aussi, à une malformation congénitale du cristallin analogue à celle que Sgrosso rencontra par hasard dans les coupes d'un œil de lapin, ou encore à une excroissance verruqueuse (hyaloïde) de la cristalloïde postérieure; mais, l'emplacement même de la malformation est en faveur de l'hypothèse d'un reste de canal de Cloquet.

M. Vignes. — J'ajouterai à ce que vient de dire M. Antonelli que la production anormale semble fixée au pôle postérieur du cristallin et présente une concavité de même courbure que la cristaloïde postérieure. J'en fais un reliquat de l'artère hyaloïdienne.

J'ai eu du reste l'occasion d'observer en 1878 un cysticerque du corps vitré qui fut extrait de l'œil, ce qui permit de vérifier le diagnostic. Je ne trouve pas dans le cas présent aucun des caractères du cas que je viens de rappeler.

Du fait que la malformation ne mesure pas tout le trajet qui sépare la cristalloïde antérieure de la papille, il ne faudrait pas refuser de conclure à un vestige hyaloïdien. Des faits où la malformation est limitée à la partie antérieure du vitré, ont été publiés, et je crois même que M. Hegg, de Berne, alors qu'il était mon assistant, vous en a présenté un cas.

M. Abadie. — Je ne pense pas que le malade que nous présente M. Terrien soit atteint de cysticerque intra-oculaire. Cette affection est extrêmement rare en France et je ne me rappelle pas en avoir rencontré un seul cas dans ma pratique, mais j'ai le souvenir très net d'un malade que j'ai vu jadis à la clinique de de Græfe à Berlin. Chez lui on apercevait distinctement une grosse vésicule bleuâtre chatoyante, animée de mouvements indépendants du globe oculaire qui n'était autre chose qu'un cysticerque. Au bout de peu de temps, les milieux transparents ne tardèrent pas à s'altérer et après des tentatives infructueuses d'extraction il fallut en arriver à l'énucléation. Ici, au contraire, qu'observons-nous, une simple petite masse vitreuse au niveau du pôle postérieur du cristallin, aucune altération ni des milieux, ni des membranes profondes, des réflexes pupillaires aussi parfaits que du côté opposé. Voilà déjà de longs mois que ce jeune homme s'est aperçu tout à fait par hasard que la vision de cet œil était un peu plus faible que celle de l'autre et depuis il ne s'est produit aucune modification appréciable, ni dans l'état anatomique de l'œil ni dans son état fonctionnel. J'en conclus qu'il s'agit probablement ici d'une anomalie, anomalie rare, je l'avoue, mais probablement congénitale.

M. Chevallereau. — Je ne crois pas qu'il s'agisse là d'un cysticerque, puisque le contenu est absolument transparent et paraît entièrement liquide. D'autre part, dans les cas très rares où le canal de Cloquet n'a laissé de vestiges que dans sa partie antérieure, la papille et son voisinage étant tout à fait normaux, les traces de l'artère hyaloïdienne, en arrivant à la cristalloïde postérieure, forment toujours une membrane plus ou moins étalée, s'effilant en se dirigeant vers le pourtour de la cristalloïde. Je crois qu'il s'agit certainement chez le malade de M. Terrien d'une affection congénitale, mais d'une autre origine que celle-là.

M. Sulzer. — Le malade très intéressant présenté par M. Terrien présente au niveau du pôle cristallinien postérieur une petite sphère complètement translucide. Sa face antérieure

(convexe), en contact avec le cristallin, ne donne pas d'image réfléchie, tandis que sa face postérieure (concave), en contact avec le vitré, forme une image réfléchie renversée très nette de la flamme de la lampe.

Il s'agit donc d'une petite perle d'une substance dont l'indice de réfraction est égal à celui des masses cristalliniennes, nettement différente de l'indice du corps vitré. Cette perle a absolument *l'aspect* que présente une bulle d'air retenue dans une substance visqueuse. L'origine de cette anomalie est attribuée à un traumatisme par le malade.

M. Morax. — Je ne puis croire qu'il s'agisse d'une bulle d'air, car on sait combien est rapide la résorption de l'air ou de l'oxygène injecté dans le globe oculaire. A-t-on examiné la lésion à un fort grossissement?

M. Vignes. — Je ne partage pas du tout l'opinion de M. Sulzer; s'il s'était agi d'une bulle d'air, elle se serait résorbée. Il paraîtrait assez étrange, du reste, qu'elle soit venue se loger dans la fossette patellaire juste au sommet du cristallin et qu'elle ne s'applique pas dans toute son étendue sur la cristalloïde.

M. A. Terson. — **Sur un cas de tuberculose conjonctivale chez le vieillard.** — Il s'agit de la malade, âgée de 71 ans, que j'ai présentée à la séance du 2 décembre et qui était atteinte d'une ulcération térébrante de la conjonctive tarsienne, avec un ganglion pré-masséterin, ulcération datant de plusieurs mois. On pouvait hésiter entre des lésions cancroïdales, syphilitiques ou tuberculeuses. La biopsie, pratiquée par M. Morax sur notre demande, a démontré que l'ulcération était tuberculeuse. Un lambeau de conjonctive tarsienne inoculé sous la peau de l'abdomen d'un cobaye a déterminé, après un mois et demi, une ulcération avec induration des tissus et envahissement des ganglions inguinaux. Un de ces ganglions excisé contenait en grand nombre des bacilles tuberculeux typiques. Ce cas donc est intéressant, vu l'âge de la malade et l'absence d'antécédents tuberculeux.

M. A. Terson présente le dernier modèle de son blépharostat à enlèvement instantané construit chez Wülfing-Lüer sur ses indications. Ce blépharostat, très léger, à pelles creuses, s'adaptant aux deux angles, peut toujours être enlevé instantanément, sans que le malade puisse le chasser par un brusque mouvement des paupières.

M. Vignes. — Les bacilles ne se rencontrent pas facilement à la surface des ulcérations tuberculeuses de la conjonctive bulbaire ou tarsale. Lorsqu'il y a doute il faut exciser une parcelle

des tissus marginaux dans lesquels on trouvera le corps du délit. Autrefois, j'ai présenté ici un petit malade atteint d'ulcération tuberculeuse de la conjonctive bulbaire, chez lequel l'examen du magma pris à la surface de la plaie était resté négatif. Le diagnostic ne fut certain qu'après inclusion d'une parcelle du tissu bordant dans l'œil d'un lapin.

M. CHEVALLEREAU. **Montures de lorgnons et lunettes à bavolet.** (*Présentation d'instruments.*) — Lorsqu'on prescrit des verres cylindriques, on éprouve souvent beaucoup de peine à faire accepter par les malades le pince-nez correcteur avec ressort à boudin, et cela pour deux raisons principales : la première, c'est que ce ressort serre généralement trop et que les malades n'arrivent qu'avec une certaine difficulté, en faisant un ou plusieurs tours de spire, à lui donner le degré de constriction convenable ; la seconde, c'est que ce lorgnon, pour être placé sur le nez, nécessite le concours des deux mains, fait particulièrement difficile lorsqu'une des mains est déjà embarrassée d'une façon quelconque. Aussi je prescris depuis longtemps dans ces cas une forme de pince-nez dans laquelle le front réunissant les deux verres et en métal rigide, un petit ressort est alors situé de chaque côté, à la place qu'il occupe dans les lorgnons ordinaires, pour s'appliquer sur les parties latérales de la racine du nez. Voici deux modèles, l'un provenant de la maison Hazebroucq, l'autre construit sur mes indications par la maison Bureau. Le pince-nez pliant de Unger peut répondre aux mêmes desiderata. L'opticien doit avoir pour chaque modèle cinq ou six grandeurs, d'après la dimension de la racine du nez et l'écartement des yeux. Ces lorgnons offrent le grand avantage de pouvoir être manœuvrés d'une seule main et de très bien tenir sur le nez sans trop serrer et en assurant une correction exacte de l'astigmatisme, puisque la position de l'axe du cylindre ne peut pas se modifier.

La monture de lunettes que voici répond à une indication différente : elle est destinée aux enfants qui ont, en lisant et en écrivant, une attitude vicieuse et qui en penchant trop la tête en avant pour rapprocher les yeux de leur papier font naître ou augmentent leur myopie. On y adapte des verres en rapport avec la réfraction du sujet et permettant de lire facilement à 30 centimètres. Lorsque l'enfant se tient près, rien ne vient gêner sa vision, mais lorsqu'il s'incline trop en avant, un boulet retombe et vient recouvrir les deux verres, lui rendant toute lecture impossible et l'obligeant à se redresser. Ce boulet, en ébonite ou en caoutchouc durci, oscille autour d'un axe horizontal tangent au

bord supérieur de chaque verre; aux deux extrémités de cet axe sont placées deux petites boules en cuivre qui maintiennent le boulet relevé lorsque les branches des lunettes sont à peu près dans la position horizontale et font retomber le boulet lorsque la tête s'incline en avant.

Cette disposition me paraît beaucoup plus simple et plus ingénieuse que les autres moyens mécaniques employés pour empêcher la production et combattre la progression de la myopie.

M. VALUDE. — Relativement à la monture de lorgnon destinée à des verres cylindriques, je voudrais dire que des montures fixes, rigides ou à barrette me semblent complètement superflues. Un lorgnon bien choisi à la mesure du nez donnera naturellement la position correcte des verres cylindriques sans ennui pour le patient. Les lorgnons ordinaires sont parfaitement aptes, par conséquent, au port des verres cylindriques de degrés faibles et moyens.

M. VIGNES. — Sans dire comme M. Valude que les pince-nez correcteurs sont de véritables instruments de torture, je reconnais qu'ils sont, pour quelques-uns, fort difficiles à porter. Aussi bien, je donne la préférence aux lunettes. Quoi qu'il en soit, si dans les astigmatismes de petit degré, le pince-nez ordinaire peut suffire, il n'en est pas moins certain que pour les astigmates élevés dans lesquels le plus petit déplacement de l'axe perturbe considérablement la vision, il est indispensable d'avoir recours à une monture fixe, lunettes ou pince-nez correcteur.

Aujourd'hui même j'ai prescrit des verres à un jeune astigmate de 5,5 dioptries chez lequel les déplacements les plus minimes de l'axe rendaient nulle la correction.

M. ANTONELLI. — Je me range à l'avis de M. Valude, car réellement un bon opticien, connaissant son métier, trouve toujours moyen de faire tenir les axes de verres combinés dans l'orientation voulue, avec un pince-nez de forme ordinaire, mais bien choisi par rapport à la forme du nez, à l'écart pupillaire, à la longueur des cils, etc. Un inconvénient, non des moindres, des pince-nez à barrette, c'est qu'ils ne se ferment pas; mais, par contre, les ordinaires, qui se ferment au gré du malade, se faussent beaucoup plus facilement, pour les degrés élevés d'astigmatisme, surtout chez des malades impatients ou négligents, mieux vaudra ordonner définitivement des lunettes.

M. DAULNOY. — Il m'a toujours paru absolument inutile d'ordonner un binocle correcteur pour les verres cylindriques même faits pour astigmatisme compliqué. Jusqu'à présent je n'ai vu aucun malade se plaindre d'une monture ordinaire, à condition que la monture de son binocle soit parfaitement ajustée à son nez

et pas choisie au hasard, comme cela arrive trop souvent encore.

Il est de toute nécessité, quand l'oculiste a choisi les verres d'un binocle, que le malade aille lui-même chez l'opticien essayer la monture du binocle ou lui envoie le moule de la partie supérieure de son visage, ce que j'ai fait faire à des malades de province.

M. KALT. — Cette monture à bavolet est très ingénieuse et très jolie. Mon petit garçon s'en sert depuis un mois avec avantage. Malheureusement l'appareil est fragile et se détraque assez facilement.

M. CHEVALLEREAU. — Il est certain que les lunettes tiennent mieux sur le nez et assurent mieux la fixité des verres que toute autre monture, mais nous trouvons journellement des jeunes filles, des jeunes femmes et même des hommes, qui refusent de porter des lunettes et préfèrent de beaucoup un lorgnon même non pliant. D'autre part ces formes de montures de pince-nez nous paraissent tout à fait indispensables pour les verres cylindriques, même dans un numéro peu élevé. Assurément un opticien soigneux peut, sur un lorgnon pliant appliqué sur le sujet lui-même, déterminer la direction des cas de manière à se conformer à l'ordonnance, mais il est nécessaire pour cela qu'il soit mis en présence du malade, que le lorgnon reste toutours à la même place, sur le nez de celui-ci et d'autre part que cette opération soit répétée pour chaque nouveau lorgnon.

Les lorgnons que je présente ne sont pas des instruments de torture; ils sont aussi doux que les lorgnons pliants ordinaires.

MM. KALT et GOLESCEANO. **Périsinusite frontale avec lésions minimes du sinus.** — La sinusite frontale aiguë, touchant une cavité saine, ou bien la sinusite frontale chronique avec une cavité fongueuse, polypoïde, envahissant les cavités accessoires sont des types cliniques, dont l'évolution, le pronostic, et le traitement sont bien connus. Tout autrement nous envisageons la lésion, que nous présentons aujourd'hui, sous le nom de périsinusite frontale, dans laquelle le sinus est indemne, ou tout au plus touché par des lésions inappréciables. L'affection se limite au pourtour de cette cavité en y faisant les frais de tout le cortège pathologique.

Les deux observations suivantes viennent à l'appui de nos dires.

OBSERVATION I. — M. L. Augustin, 52 ans, jardinier, vint à la consultation des Quinze-Vingts, service de M. Kalt, le 21 janvier 1902, pour une tuméfaction siégeant au grand angle de l'œil droit. L'affection remontait à six mois. Quelques engourdissements et des douleurs névralgiques de ladite région furent les premiers malaises.

Vers le commencement, le malade mouche de l'eau gluante, mais

n'a pas d'epistaxis. Les antécédents pathologiques se résument ainsi : Pleurésie à l'âge de 10 ans, bronchite à 20 ans, fièvre typhoïde à 46 ans, pas de spécificité.

Dans ce dernier temps, aucun rhume passager ou persistant. La rhinoscopie antérieure de la narine droite (côté de la lésion), montre une déviation de la cloison, la muqueuse est saine, sans trace de coryza. Pas d'ozène. La tête du cornet moyen est hypertrophiée, les méats sont libres, pas de pus, ni polypes. Dans la narine gauche, éperon nasal, le cornet inférieur est légèrement hypertrophié. Pas d'anosmie. La rhinoscopie postérieure ne découvre rien d'anormal. Du côté de la bouche, le maxillaire supérieur est dégarni des dents, pas de chicots, donc aucune source d'infection. L'éclairage des sinus n'a pas été fait, et il ne s'imposait pas, car tous les symptômes objectifs étaient en faveur des cavités saines.

Du côté de l'œil, l'angle interne de l'orbite est déformé par une tuméfaction atteignant le volume d'une noisette, ladite région n'est pas enflammée, pas d'exophtalmie ni œdème des paupières, les mouvements du globe sont libres. Diplopie verticale lorsque le malade regarde en bas et en dedans. A la palpation, la tuméfaction est fluctuante. La région ethmoïdale est indemne, la paroi interne de l'orbite est indolore à la pression.

Le 29 janvier, après asepsie préalable, la collection purulente est ouverte, l'exploration du rebord orbitaire à l'aide du stylet, découvre une petite perforation en forme de fente à direction transversale à travers laquelle on pénètre dans le sinus. Une injection dans cette cavité ne passe pas dans les narines.

Le 4 février, la plaie tend à se fermer, et comme la rétention est redoutée on agrandit sous chloroforme ladite brèche. Le sinus est normal, sans fongosités et sans altération aucune de la muqueuse.

Le plancher du sinus n'est pas bouché, donc pas de relief de la gouttière de l'uniforme, disposition qui pourrait favoriser la rétention. Les suites furent des plus simples : pansement quotidien, sans bourrer la cavité, avec de la gaze stérilisée. Le troisième jour l'injection passe très bien dans le nez, le liquide qui s'y écoule est très clair. Aucune réaction ultérieure, guérison dans l'espace de trois semaines.

Observation II. — Mme veuve Ch. Eugénie, se présente le 30 octobre 1902, à la consultation des Quinze-Vingts, service de M. Trousseau, avec une tuméfaction œdémateuse couvrant toute la cavité orbitaire droite, l'œdème est mou, et douloureux à la pression. D'après la malade, quelques douleurs névralgiques de la dite région, remontant au commencement du mois d'octobre, et auxquelles elle n'attachait aucune importance, marquèrent le

début de l'affection. Mais depuis vingt-quatre heures, elle avait vu son œil gonfler rapidement.

Le 30 octobre M. Vigier aide de clinique de M. Trousseau, fait une incision, et au lieu de pus, il tombe sur une masse charnue saignante. Le 1er novembre M. Trousseau me charge de faire l'examen rhinologique, et le résultat est négatif à tous les points de vue. Du reste, notre malade ne présentait aucun passé rhinologique, pas de coryza aigu, pas de maladie infectueuse dans ces derniers temps. Pas d'ozène. La région ethmoïdale est indolore à la pression, pas de pus ni polypes dans le méat moyen. Du côté de l'œil, la peau est rouge, une plaie fermée avec gonflement du volume d'une demi-noix et du tissu cicatriciel adhérent à la partie moyenne du rebord orbitaire surpérieur. Fluctuation douteuse. Le releveur de la paupière est pris dans la cicatrice, d'où une impotence fonctionnelle momentanée et qui disparut à la guérison.

La malade nous fut confiée, et nous suivîmes la marche de l'affection.

Le 7 novembre M. Kalt fait une nouvelle incision, et le résultat fut l'écoulement du pus liquide de la valeur d'une demi-cuillerée à café. L'exploration, avec le stylet, du rebord orbitaire, est négative, pas de fissure, ni communication avec le sinus.

Le 9 novembre, ouverture de la paroi antérieure du sinus, et il s'échappe à plusieurs reprises du pus liquide.

Le sinus est petit, non fongueux, la muqueuse est normale, une sonde courbe suit le trajet naso-frontal. Des injections à l'eau boriquée, à travers un drain laissé en place, s'écoulent claires dans le nez. Même pansement que pour le premier malade. Bref, le 5 janvier le drain est supprimé, et la brèche osseuse ne tarde pas à se fermer rapidement. Nous avons revu la malade le 1er février, la paupière est encore légèrement ptosifiée, mais l'état local très satisfaisant.

En résumé, dans ces deux observations, nous avons une sinusité catarrhale aiguë, sans fongosités, et ne nécessitant pas l'ablation de la paroi sinusienne selon le procédé Ogston-Luc.

L'interprétation clinique de nos observations s'explique de la manière suivante : l'inflammation fugace de la muqueuse de Schneider vers le tissu cellulaire de la tête du sourcil pouvait se faire soit à travers les déhiscences dont la paroi orbitaire interne est normalement pourvue, ces déhiscences se retrouvent 14 fois d'après Zuckerkandl, 5 fois selon Sieur. Dans cet endroit la muqueuse du sinus se met en rapport avec le périoste orbitaire, ou bien on devra invoquer la fragilité de la lamelle osseuse qui forme la voûte orbitaire, cette lamelle, n'étant qu'un dédoublement du

frontal, est tellement fragile que, d'après Poirier, un simple coup d'ongle suffirait à la faire éclater.

Enfin la communication de la circulation intra-sinusale avec la circulation cutanée, se fait (Panas, Thèse de Paris, 1860) à travers des pertuis osseux dont l'angle interne de l'orbite est abondamment pourvu. La propagation infectieuse à travers ces pertuis vasculaires explique encore qu'il pourrait y avoir une sinusité sans aucune perforation osseuse.

Le diagnostic différentiel avec le mucocèle du sinus frontal, ou avec tout obstacle qui tend à rétrécir la dimension de l'orifice inférieur du canal naso-frontal, savoir la disposition de cellules ethmoïdales accessoires, ou bien la dilatation bulleuse de l'agger nasi, dilatation qui peut atteindre le volume d'une bille à jouer et refouler le plancher du sinus frontal.

L'infection du sinus coexiste souvent avec une infection alvéolo-dentaire, ou bien avec une lésion du sinus maxillaire.

L'absence de l'ethmoïdite antérieure, compagne habituelle de la sinusite frontale (Jansen) s'explique par le fait que dans nos deux cas, il s'agissait d'une infection à marche relativement rapide.

En résumé nous dirons :

La périsinusite frontale est l'indice d'une infection du sinus frontal, son siège peut être le rebord orbitaire supérieur au niveau du sourcil, ou l'angle supéro-interne de l'orbite. L'infection du tissu frontal peut relever d'une inflammation minime de la muqueuse, d'un catarrhe très léger et fugace, au point qu'après trépanation cette muqueuse apparaisse saine et que le liquide injecté dans la cavité s'écoule clair par le nez.

Les cavités voisines (cellules ethmoïdales, antre d'Highmore) peuvent être indemnes de processus morbide apparent. L'examen rhinoscopique ne révèle dans ces cas que des altérations banales. La périsinusite frontale peut donc, dans un certain nombre de cas, être rapprochée de la péricystite lacrymale éclatant au voisinage du sac lacrymal, non distendu, et très peu altéré. L'incision s'impose évidemment, dans l'un et dans l'autre cas, mais le pronostic est infiniment meilleur, lorsque le tissu ne présente que des altérations minimes.

Il faudra donc toujours rechercher avec une sonde fine l'existence d'un orifice, de forme souvent fissuraire, au niveau et un peu en arrière du rebord orbitaire. Si on le découvre, on l'élargira un peu et on y poussera une injection qui, en s'écoulant claire dans le nez, rendra inutile toute recherche ultérieure. Si l'injection ne passe pas, on perforera la paroi antérieure du sinus, au niveau de la tête du sourcil. Un orifice de 34 milli-

mètres de diamètre sera suffisant pour s'assurer, par le cathétérisme et l'injection, de l'état de la cavité et de la perméabilité de l'infundibulum. La petite place cutanée nécessaire à cette exploration guérit sans laisser de trace en l'espace de quelques jours. La notion de l'existence d'une périsinusite avec lésion minime du sinus nous paraît avoir une importance pratique considérable. On comprend que l'incision simple ait pu suffire pour guérir nombre de ces accidents, et c'est peut-être la raison pour laquelle l'ostéopériostite du rebord orbitaire est restée si longtemps une entité morbide, l'absence de symptômes sinusiens ayant empêché de la rapporter à sa véritable cause.

M. Morax. — A-t-on fait l'examen bactériologique du pus? Il aurait fourni des indications intéressantes, car on sait que des différents microbes passagers, c'est le streptocoque qui donne le plus souvent lieu à ces abcès collectés à une certaine distance du point où a eu lieu la petite lésion tégumentaire ou muqueuse par laquelle a pénétré le microbe. Il en est ainsi dans la péricystite lacrymale.

M. A. Terson. — Je rappellerai que l'édition française de l'*Atlas des maladies externes de l'œil*, par Haab, contient à la page 260 la relation, avec figure à l'appui, d'un cas d'exophtalmie avec diplopie, survenue à la suite d'un violent coryza. Les troubles disparurent au bout d'une quinzaine de jours. L'auteur attribue cet état à une périostite qui accompagnait un catarrhe du sinus frontal. Il y aurait donc eu là aussi un cas de périsinusite passagère.

M. Kalt. — Le point principal de cette communication est le suivant : il ne faut pas conclure de la présence d'un abcès au voisinage du sinus frontal avec ou sans communication du foyer avec la cavité du sinus, à l'existence nécessaire d'une sinusite avec grosses altérations de la muqueuse, fongosités, etc. Sur la foi des rhinologistes, nous avons fait jusqu'à ce jour beaucoup trop de résections de la paroi antérieure du sinus frontal d'après le procédé d'Ogston-Luc. Pour ma part, j'ai guéri autrefois plusieurs abcès périsinusiens (avec communication sinusienne) par la simple incision. Nous appelions cela ostéopériostite du rebord orbitaire. Aujourd'hui nous dirons « périsinusite », mais nous ferons bien de réserver les grands délabrements frontaux pour les cas où le sinus est vraiment rempli de fongosités. Une ouverture de 5 millimètres pratiquée avec un perforateur au niveau de la tête du sourcil permettra de s'en assurer facilement.

M. Abadie. — *Rapport sur un travail de M. le professeur* De Lapersonne, *intitulé* **Sarcome développé dans un molgnon**

d'œil chez un enfant, *et sur sa candidature au titre de membre de la Société d'ophtalmologie de Paris.* — M. le professeur de Lapersonne a adressé à la Société d'ophtalmologie de Paris un travail intitulé *Sarcome développé dans un moignon d'œil chez un enfant.*

Il s'agit d'un enfant de 4 ans 1/2 qui avait perdu l'œil droit à la suite d'une ophtalmie purulente des nouveau-nés et chez lequel survint une dégénérescence staphylomateuse de la cornée qui nécessita l'ablation du segment antérieur.

Cette opération ne présenta rien d'anormal ni dans son exécution ni dans les suites et tout alla bien pendant plus d'un an, lorsqu'en novembre 1901, ce moignon devint douloureux, inflammé et commença à augmenter de volume. Tous ces phénomènes prirent bientôt une telle intensité qu'il devint évident qu'il s'agissait d'un néoplasme intraoculaire à évolution rapide et que l'énucléation s'imposait.

Cette opération présenta quelques difficultés car la tumeur avait déjà envahi l'orbite. Elle fut suivie d'une cautérisation profonde du sommet de cette cavité avec le thermo-cautère.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'elle était formée par des cellules à noyaux volumineux prenant très vivement les matières colorantes et ne présentant que de très courts prolongements qui pouvaient faire songer à des cellules gliomateuses, mais un examen plus approfondi de la pièce anatomique ainsi que la marche de l'affection ne confirmèrent pas cette opinion.

L'œil ayant été fixé au formol, coloré à l'hématéine éosine, on ne trouva dans les loges limitées par des cloisons fibroïdes qu'une seule espèce d'éléments anatomiques. C'était des cellules dont les noyaux volumineux, très colorés par les réactifs, occupaient la presque totalité du corps cellulaire. Il n'y avait ni les glandes cellules névrogliques avec leurs prolongements multiples, ni les figures en rosette de Wintersteiner. Il n'y avait que des éléments embryonnaires accumulés sans ordre.

S'agissait-il alors d'un sarcome ? Les événements semblent avoir confirmé ce dernier diagnostic. En effet, après quelques mois pendant lesquels l'enfant avait bien repris, on ne tarda pas à constater une récidive à la partie supérieure et interne de l'orbite, et on dut faire une seconde opération de curetage complète suivie de cautérisation énergique au thermo-cautère. Malgré cette nouvelle intervention, une deuxième repullulation ne tarda pas à se produire, l'enfait maigrit, présenta des phénomènes cérébraux et fut retiré de l'hôpital dans un tel état de cachexie qu'il y a tout lieu de supposer qu'il n'a pas tardé à succomber.

Cette observation présente quelques points particuliers et intéressants qu'il importe de relever. C'est tout d'abord que chez les jeunes enfants le diagnostic *clinique* de la nature de la tumeur intraoculaire n'est possible qu'au début, tant que celle-ci est encore contenue dans la cavité même de l'œil, qu'il n'y a pas encore de réaction inflammatoire glaucomateuse et que les milieux ont conservé leur transparence. Dans ces conditions, le diagnostic de gliome de la rétine est relativement facile. L'aspect blanchâtre, floconneux, frangé de la tumeur est si frappant, si caractéristique, qu'il suffit d'en avoir observé un cas pour reconnaître au premier coup d'œil tous ceux qu'on rencontrera plus tard. Mais passé cette période qui dure parfois très longtemps, dès que la tumeur, augmentant par trop de volume, provoque des phénomènes de réaction du voisinage, des troubles cornéens glaucomateux, enfin et surtout quand, ayant évolué malgré tout, elle a complètement désorganisé le globe oculaire et s'est propagée dans l'orbite, le diagnostic de sa nature devient à peu près impossible.

J'en dirai autant du diagnostic histologique; les caractères gliomateux de la tumeur sont très nets quand l'examen est fait au début et sur des yeux énucléés de bonne heure. C'est dans ces conditions qu'Iwanoff a pu faire des recherches pour montrer aux dépens de quels éléments rétiniens le néoplasme tirait son origine. Mais plus tard, surtout après une récidive, il y a une telle pullulation, une telle exubérance dans la production cellulaire que les caractères mêmes de ces cellules se trouvent transformés et qu'elles perdent leur caractéristique propre.

Enfin, l'argument en faveur d'un sarcome tiré de la récidive de la tumeur n'a pas non plus une valeur clinique absolue, car les vrais gliomes rétiniens, quand ils n'ont pas été opérés au début et souvent même enlevés aussitôt que possible, ont une tendance manifeste à la récidive. Cette récidive a également une évolution rapide, la masse néoplasique devient parfois énorme, remplissant non seulement la cavité orbitaire, mais formant au devant d'elle une énorme masse fongoïde. Comment reconnaître alors si l'on n'a pas assisté au début de l'affection, qu'il s'agit d'un gliome ou d'un sarcome? Il est vrai qu'à ce moment ce diagnostic différentiel a peu d'importance, car pronostic et traitement restent les mêmes dans tous les cas.

Messieurs, vous connaissez tous M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, digne successeur du regretté Panas. C'est de haute lutte et par son seul mérite que M. de Lapersonne est arrivé à occuper cette haute situation. Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie,

puis chef de clinique et agrégé, il a suivi pas à pas les rudes étapes qui mènent au professorat. Nommé en 1890 professeur titulaire de clinique ophtalmologique à Lille, ses collègues le choisirent bientôt comme doyen. Depuis il fut constamment réélu. C'est assez dire le cas que des juges si haut placés faisaient de son talent et de son caractère. Depuis cette époque, il n'a cessé d'enseigner et de publier. Il serait trop long d'énumérer tous ses travaux. Je me contenterai de vous rappeler le beau rapport qu'il fit au dernier congrès de la Société française d'ophtalmologie sur les complications oculaires des sinusites.

J'espère en avoir dit assez pour être convaincu que la Société d'ophtalmologie de Paris accueillera avec le plus vif empressement la candidature de M. le professeur de Lapersonne.

M. Chevallereau. — Je désire faire une seule réflexion au point de vue médico-légal. Les Allemands admettent l'influence du traumatisme sur la production des sarcomes et cette idée est entrée dans leur jurisprudence. En France, au contraire, lorsqu'un sarcome se montre après un traumatisme, nous ne voyons là qu'une coïncidence. Le fait de de Lapersonne, dans lequel (chez un enfant) un sarcome a succédé à l'ablation d'un staphylome, est à ajouter à un certain nombre d'autres dans le but d'élucider cette question.

M. Wuillomenet, *rapporteur* :

Messieurs, vous avez bien voulu me charger de faire un rapport sur les travaux envoyés à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national par M. le prof. Bruch, d'Alger.

Voici la liste des mémoires :

La clinique ophtalmologique (annexe) *de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger*. Notice historique.

Compte rendu de l'année 1900-1901.

Statistique et considérations générales.

Deux observations d'hyperplasie de la conjonctive.

Dans son premier travail, le professeur Bruch parle des débuts difficiles de l'enseignement des maladies des yeux à Alger, malgré la place importante que ce genre d'affections occupe dans le cadre nosologique de la colonie et de la création d'une chaire officielle qui lui fut confiée par décision ministérielle du 11 mai 1897. Par décret du 16 mars 1902, l'administration doit doter la clinique magistrale d'ophtalmologie de deux pavillons spécialement aménagés pour le service avec bâtiment neuf pour les opérations, la réfraction, ophtalmoscopie, la microscopie, les analyses et la consultation gratuite.

M. Bruch nous donne l'exposé de la plupart des leçons qu'il a

faites à l'Ecole depuis l'ouverture de la clinique ophtalmologique et des affections qu'il à eu à soigner, et il insiste tout particulièrement sur l'affection la plus commune en Algérie, les granulations.

Après les avoir traitées longtemps par les collyres astringents, le crayon de sulfate cuivre, l'excision de la muqueuse du cul-de-sac supérieur qui lui a donné parfois de bons résultats, il a ajouté à cette thérapeutique les scarifications et le brossage, pour la mise à nu du cul-de-sac supérieur avec renversement complet de la paupière supérieure et le massage méthodique avec l'acide borique.

Pour le brossage des granulations, véritable cure radicale, dit M. Bruch, il a modifié la pince de Darier en coudant l'instrument qui permet ainsi une introduction plus facile de la pince sous la paupière supérieure, la pince restant parallèle au bord libre, et l'enroulement étant facile et régulier; quant au pannus kératique, il ne s'en préoccupe guère et fait rarement la péritonie.

Les lésions oculaires produites par le trachome à Alger sont fréquentes et l'on observe surtout les atrésies de la fente palpébrale avec altérations du bord libre et le trichiasis, les iritis et les infections consécutives aux ulcérations kératiques.

Les opérations les plus nombreuses sont celles qui ont pour but de corriger l'ectropion et la déviation des cils et le professeur Bruch emploie, en ces cas, l'opération d'Arlt, et le plus souvent celle de Thiébaut modifiée, ou enfin si le tarse est déformé, l'opération de Panas.

Dans les lésions de la cornée, il emploie beaucoup l'iodoforme préparé à l'éther qui est un excellent kératoplastique; et contre certains albagos épais, saillants, diverses formes de leucômes, il se sert de l'ammoniaque monohydraté. En agissant avec prudence, on obtient ainsi un rapide éclaircissement de la cornée par la destruction des couches opaques.

Quant aux affections des membranes internes de l'œil, les plus ordinairement observées à la clinique sont d'origine syphilitique acquise ou héréditaire; peu de glaucomes, peu de décollements rétiniens par myopie, laquelle est beaucoup moins fréquente en Algérie qu'en France.

Enfin M. Bruch nous rapporte deux observations d'hyperplasie de la conjonctive dont vous trouverez la teneur à la fin de mon rapport. Ces deux observations sont remarquables surtout par leur rareté. Le syndrome de la maladie consiste en une hypertrophie de la conjonctive des régions du tarse et du fornix riches en tissu lymphoïde et cette dégénérescence est exceptionnelle dans nos pays; pour ma part je ne l'ai jamais constaté, M. le prof. Bruch,

dans les recherches bibliographiques qu'il a faites a trouvé une bonne description de la maladie dans le manuel de Fuchs et le livre de MM. Chantemesse et Podwyssowsky : *Les Processus généraux* (in *Pathologie générale et expérimentale*).

C'est en somme une hypertrophie chronique des culs-de-sac s'avançant vers le bulbe avec épaississement considérable des deux paupières et coexistence du trachome, intégrité de la cornée, tendant à la récidive.

Messieurs, je me borne à vous citer seulement d'autres publications de M. Bruch, ayant trait à l'ophtalmologie :

Compte rendu de la clinique chirurgicale avec l'enseignement des maladies des yeux, 1891.

Enquête sur l'état de l'ophtalmie granuleuse en Algérie, 1894.

Des relations qui existent entre les affections oculaires et les maladies générales (Leçon d'ouverture, 1896).

Notice sur l'ophtalmie granuleuse avec prophylaxie, 1899.

L'ophtalmie granuleuse en Algérie.

La répartition géographique. — Comptes rendus de la section d'ophtalmologie du XIII^e^ Congrès international de Paris, 1900, page 92.

Etat actuel des maladies des yeux de l'hôpital civil de Mustapha.

Rapports annuels au gouverneur général de l'Algérie sur l'état de l'ophtalmie granuleuse, etc.

Voilà, messieurs, une partie des travaux de M. le prof. Bruch.

Ancien élève de la Faculté de Strasbourg, sa santé délicate le fit partir de bonne heure pour l'Algérie où il s'établit définitivement et fut nommé successivement prosecteur, chef des travaux anatomiques (1861-1863).

Professeur chargé du cours de clinique chirurgicale (1865-1902).

Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, chargé de la clinique ophtalmologique en 1902.

Messieurs, je m'arrête dans l'énumération des nombreux titres de notre très distingué confrère; ils vous paraîtront, sans nul doute, largement suffisants pour lui faire une place des plus honorables parmi les candidats au titre de membre correspondant national de notre société.

Observation I. — *Hyperplasie de la conjonctive. Infiltration lymphoïde (chronique). Trachome* (1^re^ période de dégénérescence amyloïde). — Arch. Eugénie, 30 ans, de Palestro (Kabylie). Entrée à la clinique le 6 décembre 1900. Granulations tra-

chomateuses aux deux yeux (muqueuse palpébrale supérieure).

Paupières *très épaissies*, au point que les mouvements du globe oculaire sont très gênés.

Œil gauche : hypertrophie conjonctivale en forme de bourrelet faisant saillie en dehors des culs-de-sac supérieur et inférieur, et qui, partant de la caroncule, entoure la cornée transparente. Ce bourrelet est festonné, rose, lisse, la partie libre, crénelée, jaunâtre. On peut introduire un stylet entre le *bord* festonné et la conjonctive bulbaire.

Pas de pannus cornéen; pas de sécrétion abondante ou anormale. Pas de douleur. Santé générale excellente.

Scarifications, brossage, massage avec l'acide borique. Cautérisations de la partie saillante charnue.

Sort amélioré le 30 décembre 1900. Ne peut rester plus longtemps dans le service, devant retourner dans sa famille.

Cette observation est très écourtée et incomplète. L'observation suivante (obs. II) a été mieux prise.

L'*œil droit* était granuleux comme le gauche; mais l'hypertrophie conjonctivale était beaucoup moins accusée; elle commençait au niveau de la caroncule.

Observation II. — *Hyperplasie conjonctivale. Granulations aux deux yeux. Infiltration lymphoïde (chronique)* (1re période de dégénérescence amyloïde). — Antoinette M..., 20 ans, sans profession. Entrée à la clinique (salle David) le 8 mars 1901, pour « granulations ».

La constitution semble robuste, grandeur moyenne, bien bâtie, figure colorée, belles dents, tempérament plutôt lymphatique, mais extrémités fines, rien de scrofuleux. « N'a jamais été malade. »

Son père a succombé à un *cancer* du foie. Mère bien portante.

Elle raconte, pour expliquer sa maladie actuelle des yeux, l'histoire suivante : « *Il y a deux ans on m'a donné un violent soufflet* qui a fait gonfler la joue et l'œil pendant huit jours; au bout de ce temps j'ai vu que tout le blanc de l'œil était rouge, gros, enflé. Six mois plus tard j'ai consulté un médecin qui a diminué cette enflure rouge du blanc de l'œil par l'électricité ».

Quelle que puisse être la valeur de ce récit, voici l'état d'Antoinette M... à son entrée à la clinique :

Œil droit : A première vue le repli semi-lunaire semble épaissi, hypertrophié; le tissu hypertrophique rose, mamelonné, irrégulier, avec saillies irrégulières, s'avance sur le bulbe jusqu'à

2 à 3 millimètres du limbe cornéen. On était tenté de diagnostiquer une tumeur de la caroncule (néoplasme bénin?) ou du repli semi-lunaire. Mais un examen plus attentif de la petite masse charnue, qui s'étend dans le cul-de-sac inférieur vers la commissure externe, et celui des paupières conduisaient à une interprétation différente.

Œil gauche : Un tissu charnu analogue à celui de la masse charnue de la région caronculaire de l'œil droit, et ressemblant à une hypertrophie conjonctivale, s'étend des culs-de-sac supérieur et inférieur sur presque tout le bulbe avec un grand développement au niveau de la caroncule. Selon que le regard est dirigé en haut ou en bas, on aperçoit la sclérotique blanche à travers la conjonctive saine, en bas ou au-dessus de la cornée, dans une étendue (surface irrégulière) de 1/2 à 2/3 de diamètre de la cornée. Ces apparences indiquent que la masse charnue est indépendante, du moins dans une grande partie de son étendue, de la conjonctive bulbaire. C'est une hypertrophie conjonctivale partant des culs-de-sac et de la caroncule ou plutôt du repli semi-lunaire.

La masse charnue est la plus épaisse dans le fond du cul-de-sac; de là elle s'étend, en s'amincissant de plus en plus, vers la cornée, en passant du rose rouge au rose *jaune*, jusqu'au pourtour de la cornée, sur certains points. Elle est mobile sur le bulbe, son bord libre est tranchant, net, mais très irrégulier, mince, mobile; on peut insinuer l'extrémité d'un stylet entre lui et la conjonctive bulbaire, dans une profondeur de 2 à 3 millimètres. Dans certaines positions du globe on a l'impression d'un « pannus crassus », mais quand on fait diriger le regard fortement en bas, on aperçoit la sclérotique nette au-dessus du limbe kératique : il n'y a pas trace du pannus granuleux ordinaire.

Cependant l'œil est granuleux; quand on retourne (difficilement) les paupières supérieures *très épaissies*, comme d'ailleurs aussi les paupières inférieures, on trouve une *conjonctive palpébrale envahie par le trachome*. La paupière inférieure est même plus épaisse que la supérieure.

Il n'y a *ni sécrétion, ni douleur, ni trouble fonctionnel*. La *cornée est intacte*, ni ulcération, ni opacité, cicatricielle ou autre, pas trace de pannus granuleux kératique.

L'état granuleux de la muqueuse palpébrale des deux paupières, supérieure et inférieure, des deux yeux étant très accentué, avec granulations de diverses modalités, nous commençons le traitement par un *brossage* (classique), suivi du traitement consécutif ordinaire : scarifications, frottage avec le sublimé (solution 1/1000) et poudre d'acide borique.

Fin mars les granulations palpébrales ont beaucoup diminué et sont en train de disparaître; mais la production charnue, rose-jaunâtre sur les bords libres, et lisse, n'est pas modifiée.

Le 3 avril je tente une cautérisation au nitrate d'argent; je n'obtiens qu'une vive irritation des paupières.

Le 13 avril je pratique l'excision, au bistouri et aux ciseaux, de la plus grande partie du produit hypertrophique (hyperplasique) qui avait d'ailleurs un peu diminué en hauteur son épaisseur.

Le 2 mai, le néoplasme (?) s'étant en partie reproduit, en s'avançant vers la cornée, je l'ai détruit à la pile de Richardière.

Le 2 juin j'ai détruit au galvanocautère ce qui restait de la masse charnue, surtout dans l'angle externe de l'œil (gauche).

Pendant toute cette période Antoinette M... faisait son service dans la salle, où elle s'était fait admettre comme *infirmière*. De temps à autre, par la suite, il a été fait quelques retouches au galvanocautère sur des endroits où le tissu charnu semblait vouloir se reproduire.

Après l'excision j'ai remis des fragments du tissu enlevé à M. le professeur Planteau, professeur *d'histologie et d'anatomie pathologique* à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger.

M. *Planteau* m'a remis deux figures demi-schématiques avec l'explication suivante : « Sur la figure 1 on voit, sous la couche épithéliale, qui est intacte, le chorion fortement épaissi, formé par un tissu dans lequel on remarque tout d'abord des travées conjonctivales assez grêles parallèlement dirigées à la surface de la muqueuse et anastomosées entre elles.

De ces travées partent des fibrilles fines qui s'anastomosent entre elles formant un tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules lymphatiques.

Sur la figure 2, schématisée à un plus fort grossissement, on distingue mieux les fibrilles du réticulum. On voit aussi (comme on le voit dans nos préparations) que par places les cellules lymphatiques chassées par des accidents de préparation laissent voir le réticulum de la façon la plus nette. En somme, il s'agit là, comme je l'ai déjà dit, en raison de la constitution normale de la muqueuse, d'une hyperplasie et non d'une néoplasie.

A propos de dégénérescence amploïde (ce qui pourrait bien être, malgré l'absence de réaction par l'iode que j'ai constatée n'ayant pu avoir à ma disposition le violet de Paris), ce ne serait comme vous le dites qu'un premier degré, ou plutôt un tissu prédisposé à subir cette dégénérescence.

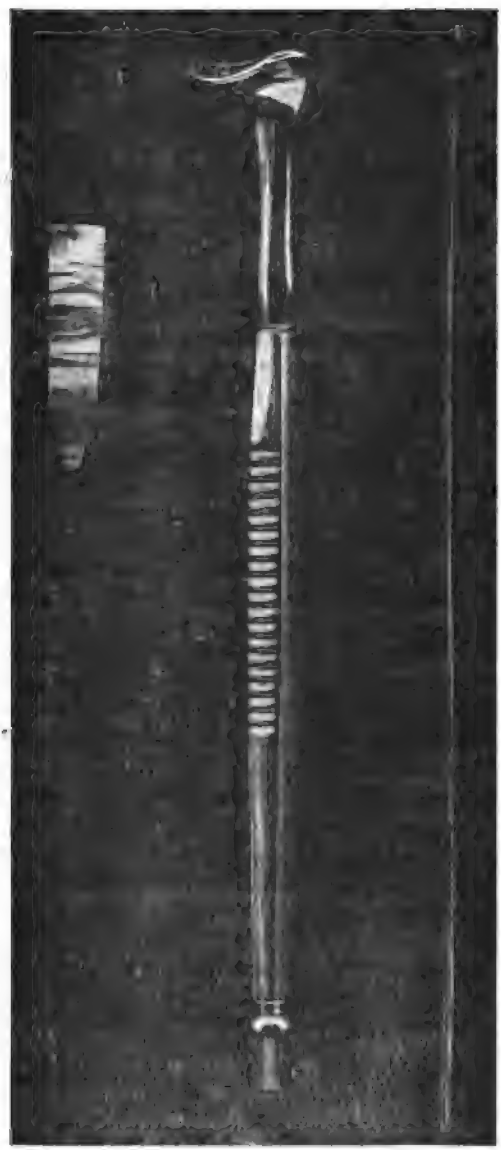


FIG. 1.

Antonelli. – Présentation d'un nouveau releveur injecteur du Dr J. Wieden.

M. ANTONELLI. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom du Dr J. Wieden, de Valence (Espagne), un nouveau releveur injecteur, construit d'après ses indications par la maison Lüer, de Paris. L'instrument a la forme d'un releveur de Desmarres, dont la tige et la plaque recourbée sont creuses. L'idée nouvelle a été d'établir la sortie du liquide non pas par une série de trous le long de la convexité de la plaque, comme dans les instruments analogues construits jusqu'à ce jour, mais par une fente assez large, terminant le bord de la plaque même. Ceci assure un jet abondant de liquide, d'autant mieux que la plaque est terminée par une petite pièce pénétrée, avançant de façon à éloigner la muqueuse et

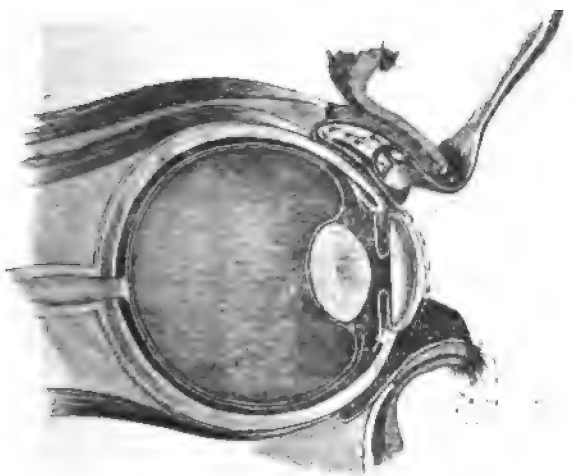


FIG. 2.

Antonelli. — Présentation d'un nouveau releveur injecteur du Dr J. Wieden.

l'empêcher de boucher la fente. L'instrument est construit suivant deux modèles, pour les adultes ou les enfants. Une tige de métal, calibrée en rapport avec le canal du manche, y est destinée au nettoyage et au séchage (en le chauffant à la lampe avant de l'introduire). Des petites plaques d'aluminium servent de même à nettoyer la cavité de la partie terminale de l'instrument.

L'importance des irrigations généreuses et fréquentes dans le traitement des conjonctivites graves, surtout des nouveau-nés, n'est plus à démontrer. Le *releveur injecteur du Dr Wieden* nous paraît remplir les meilleures conditions pour permettre de telles irrigations, sans danger de blesser la surface oculaire ou de trop mal-

traiter la conjonctive, et sans l'inconvénient que la conjonctive tuméfiée, ou sa sécrétion, puissent boucher l'instrument à son bout.

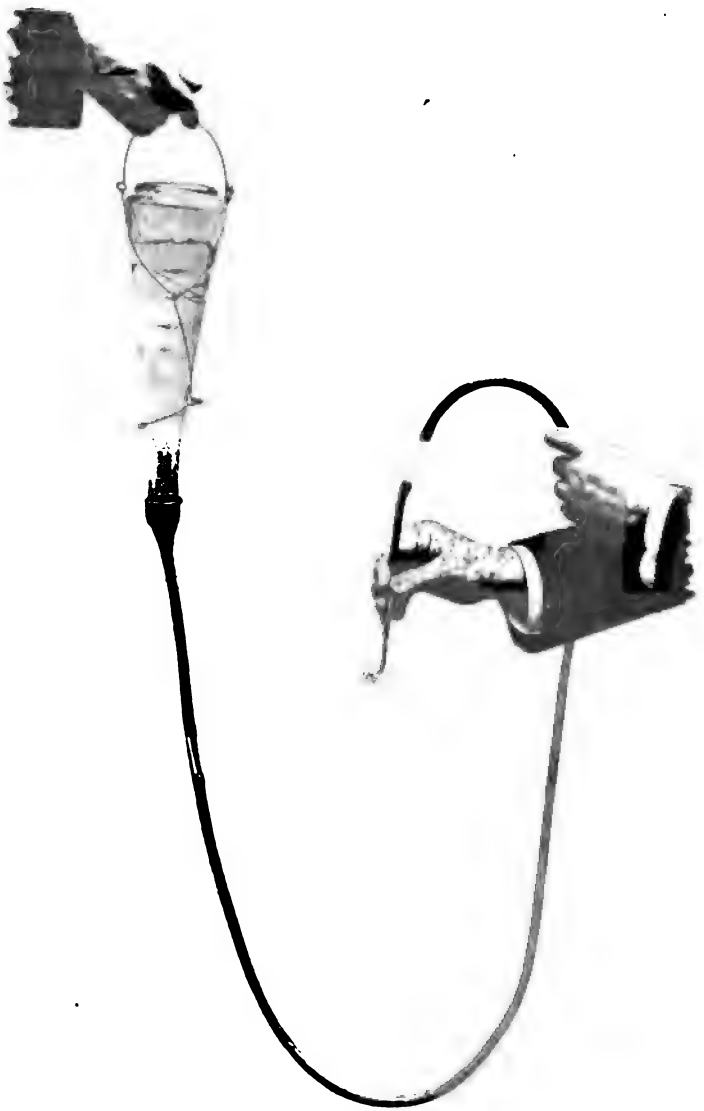


FIG. 3.

Antonelli. — Présentation d'un nouveau releveur injecteur du Dr J. Wieden.

M. Daulnoy. — Monsieur le président, avant de lever la séance, je demande la parole pour une question d'intérêt professionnel. Je viens d'obtenir de M. le juge de paix du XVIII[e] arrondissement un jugement condamnant une compagnie d'assurances à me payer une note d'honoraires, pour un ouvrier blessé au travail, qu'elle refusait de payer sous différents prétextes sur lesquels je vais revenir.

Ce jugement est intéressant pour nous tous, car il approuve entièrement et même au delà les prix que nous avons inscrits à notre tarif :

La consultation est cotée.	Fr. 3 »
Celle-ci avec certificat.	8 »
— avec douche oculaire.	8 »
— avec pansement.	8 »

Une opération de ponction de la cornée avec lavage de la chambre antérieure dans un cas grave est payée. . Fr. 125 »
Et l'aide. . . . . 20 »

Ce qui est plus intéressant, c'est que les injections sous-conjonctivales qui ne figurent pas à notre tarif et qui sont cependant d'un usage si courant sont cotées à raison de 25 francs chaque.

Permettez-moi maintenant, mes chers collègues, de dire à ceux d'entre vous qui sont attachés à des compagnies d'assurances, qu'il est de notre intérêt à tous et du leur en particulier de baser sur ces prix leurs notes d'honoraires, afin qu'on ne nous réponde, quand nous voulons nous faire payer, que M. X..., un des grands oculistes, reçoit à sa clinique tous les ouvriers atteints d'accidents sans jamais demander d'honoraires, ou que si l'ouvrier avait été aux Quinze-Vingts après son accident, il aurait été très bien soigné pour rien.

J'entends à côté de moi mon confrère Kalt dire que dernièrement il a fait payer, avec difficulté il est vrai, 80 francs à la compagnie dont je vous parle pour un blessé qu'il avait soigné aux Quinze-Vingts. Je crois que tous nous voudrions voir son exemple suivi, et je demande à la Société de ne pas se reposer après l'effort qu'elle a fait l'an dernier pour élaborer le tarif d'honoraires pour accidents de travail, mais de continuer son étude en cherchant les moyens de les faire appliquer dans les hôpitaux spéciaux et particulièrement aux Quinze-Vingts.

Complément du compte rendu de la dernière séance (3 février 1903).

M. Jocqs (au sujet de la communication de M. Morax : ***Autoplastie à lambeau sans pédicule dans un cas d'atrophie musculo-tégumentaire***). — Plusieurs fois j'ai employé les lambeaux cutanés non pédiculés pour combler les incisions libératrices dans le traitement de l'ectropion cicatriciel. Quelques-unes de ces opérations datent de plusieurs années. Or j'ai pu m'assurer que si ces lambeaux avaient en partie diminué de surface, ils en avaient cependant conservé une assez grande pour remplir leur rôle, c'est-à-dire pour éviter une cicatrice à la place de la surface aventée qu'ils avaient comblée et laisser subsister le bon effet de l'opération.

M. Jocqs (à propos de la communication de MM. Péchin et Rollin intitulée ***Ophtalmoplégie et artériosclérose***. — Il est regrettable pour l'intéressante observation de M. Péchin qu'il s'agisse d'un tabétique, car ici ces altérations vasculaires perdent beaucoup de l'importance étiologique qu'elles auraient pu avoir chez tout autre malade indemne d'affection cérébro-spinale. En tout cas cette autopsie vient à l'appui de l'hypothèse, confirmée d'ailleurs par le cas de Uhthoff, qu'on peut trouver à la base du crâne bon nombre de lésions capables d'expliquer certaines ophtalmoplégies.

Complément du compte rendu de la séance du mois de novembre 1902.

M. Darier (au sujet de la communication de M. Terrien). — J'ai observé plusieurs cas de ce qu'on appelait jusqu'ici fort improprement ***ophtalmie électrique***. Pour moi, il ne s'agit pas d'une action lumineuse intense et directe, qui produirait plutôt une amblyopie par scotome central. Il me paraît s'agir d'une action directe du courant provoquant en quelque sorte une ***sidération***, une ***électrocution rétinienne*** qui est le plus souvent plus marquée du côté qui a été traversé le plus directement par les effluves électriques.

La violence du choc électrique peut être telle que le blessé est renversé, il y a parfois perte de connaissance. Le plus souvent il y a seulement un éblouissement intense et perte complète de la vision, on doit reconduire le blessé chez lui. Il ne peut ouvrir les yeux tant il redoute la moindre lumière.

Quand ces premiers phénomènes réactionnels se sont un peu

calmés, les yeux entr'ouverts dans un demi-jour distinguent plus ou moins facilement les objets; mais promptement la vue se trouble et les yeux se referment spasmodiquement. Il semble y avoir à la fois un éréthisme rétinien très marqué et un prompt épuisement de la fonction visuelle. Des douleurs névralgiques parfois très violentes sont accusées par presque tous les malades. La photophobie (surtout pour la lumière électrique) est souvent telle qu'un blépharospasme violent rend tout examen impossible. Les conjonctives sont rouges, l'œil très larmoyant, mais une vraie sécrétion catarrhale est rare, et l'on peut facilement l'expliquer par le contact des mains sales; il peut y avoir aussi conjonctivite traumatique chez les sujets prédisposés (lymphatiques, eczémateux, etc.).

Quant à l'examen fonctionnel, il est tout d'abord très difficile dans les cas un peu sérieux, le malade voit d'abord les premières lignes du tableau, puis tout se trouble devant lui; il en est de même quand on veut prendre le champ visuel, qui est concentriquement rétréci : il y a une prompte fatigue rétinienne.

La réaction pupillaire m'a toujours paru normale. La pupille un peu dilatée.

Quant aux lésions ophtalmoscopiques, à part une rougeur assez marquée de la papille, je n'ai jamais vu ni infiltration ni hémorragies.

L'hystéro-traumatisme et la simulation viennent malheureusement le plus souvent compliquer les difficultés du diagnostic et du pronostic.

M. Darier. — J'espérais vous présenter ce soir une gomme épisclérale grosse comme une petite noisette, survenue à la fin d'une syphilis papuleuse très intense. L'œil lui-même était déjà atteint d'une iridochoroïdite des plus graves. Les pilules au protoïodure ne produisant d'autre effet qu'une stomatite, je soumis le malade à une cure d'injections intra-veineuses quotidiennes de CnHg. L'effet fut pour ainsi dire immédiat.

Les douleurs oculaires furent d'abord très vite calmées par la dionine, et la gomme fondit pour ainsi dire à vue d'œil. Elle se ramollit d'abord à son centre au point de devenir presque fluctuante; puis elle se résorba pour ne laisser qu'une cicatrice noirâtre qui est tout ce qu'il en reste aujourd'hui. Quant à l'iritis, une fois les exsudats pupillaires résorbés on put voir le corps vitré rempli d'énormes flocons.

Je reconnais que mon diagnostic de gomme si précoce est discutable, mais, pour qui a vu le cas, aucun autre diagnostic n'est préférable.

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

(Décembre 1902)

Par le Dr SENDRAL

Kystes huileux du pourtour de l'orbite, par le Pr PANAS. — Il y a quelques années encore on englobait les kystes qui prennent naissance au pourtour ou dans l'intérieur de l'orbite sous le nom générique d'*athéromes*; on ne faisait aucune différence entre les kystes dermoïdes et les productions analogues qu'on trouve sur la peau et en particulier sur les téguments du cuir chevelu, en raison de l'analogie du contenu de la poche qui consiste dans presque tous les cas en une espèce de mastic contenant des produits épidermiques variables ou encore des cristaux de cholestérine ou encore des sels calcaires.

Lebert le premier, en étudiant la paroi d'un kyste congénital, a reconnu qu'elle possédait tous les attributs du derme véritable: de là l'explication des produits épidermiques, poils, ongles, etc..., trouvés dans la purée contenue dans l'intérieur des poches. Il donna à ces kystes le nom de *dermoïdes*, réservant le nom d'athérome et de loupe à ceux dont la membrane kystique est uniquement constituée de tissu conjonctif tapissé à l'extérieur d'épithélium. De plus le dermoïde n'a aucune connexion avec la peau qui le recouvre, tandis que l'athérome adhère à son sommet avec le derme à l'endroit où débouche le follicule d'où il tire son existence. Enfin l'athérome apparaît à un âge avancé alors que le dermoïde est congénital et se trouve à certains endroits de prédilection correspondant à l'emplacement des fentes branchiales; c'est ce qui fait comprendre leur présence autour de l'orbite où aboutissent les deux fentes branchiales de la face.

Sous la dénomination de *kystes huileux*, il faut entendre, une variété de dermoïdes dans laquelle la poche contient un liquide séreux, oléagineux, abondant dans les cas exceptionnels où les glandes sudoripares prédominent sur les sébacées. La poche est fluctuante, tendue, parfois demi-transparente.

Il existe une grande différence de structure entre la partie de la paroi qui correspond au tégument externe et celle en connexion avec l'os sous-jacent. En effet cette dernière est adhérente au périoste, très épaisse et possède tous les attributs de la peau, alors que la portion sous-cutanée plus étendue se laisse distendre, s'amincit et revêt l'apparence d'une séreuse lisse, pauvre en glandes sébacées et en follicules pileux.

Le *siège* des kystes huileux est le pourtour de l'orbite, principalement le côté interne ; c'est pour cette raison que Verneuil en avait fait une classe spéciale sous le nom de kystes pré-lacrymaux.

Les dermoïdes circum-orbitaires sont rarement atteints de dégénérescence maligne.

L'*opération* est facile, cependant la dissection de la paroi d'implantation est difficile en raison de l'adhérence au périoste ; le plus souvent on fait la résection de la poche et on enlève le reste avec la curette tranchante en grattant le périoste.

Syphilis des voies lacrymales, par le Pr PANAS. — La syphilis des voies lacrymales est connue depuis longtemps sous les titres d'ostéites, de nécroses, de dacryocystites fistuleuses et d'exostoses. Mais la véritable tumeur gommeuse du sac est une rareté puisqu'on n'en relève que trois cas dans la littérature médicale, le dernier publié par M. Galezowski, ayant évolué à la période secondaire et abouti à une hyperplasie gommeuse de la paroi antérieure du sac lequel fut enlevé.

Ce sont en général des accidents du *tertiarisme* et l'examen du naso-pharynx est indispensable pour établir leur diagnostic comme d'ailleurs dans tous les cas de syphilome des voies lacrymales, étant donnée la liaison aujourd'hui établie des affections du nez et des voies d'excrétion des larmes.

Le *diagnostic différentiel* peut se faire avec un cancroïde, un sarcome ou encore un phymome. Le cancroïde du sac n'est pas primitif ou rarement et évolue à la suite du cancroïde du grand angle de l'œil. Le sarcome n'est pas commun ; quant à l'affection tuberculeuse, elle ne se rencontre que chez les lupiques sous la forme de la dacryocystite ulcéro-fistuleuse de préférence à la forme d'une tumeur. Dans toutes ces affections, c'est l'étude des commémoratifs qui donne l'élément de diagnose supérieur et, dans l'espèce, il faut s'avoir dépister le tertiarisme sur le tégument externe, la muqueuse bucco-naso-pharyngienne et le système osseux facio-crânien.

En dehors des voies lacrymales, la syphilis peut faire une incursion sur la glande lacrymale (Alexander, Aubineau) et il est bien certain que sur cet organe elle est souvent méconnue, au même titre que le syphilome de la glande mammaire souvent classé sous la rubrique de tumeur bénigne du sein.

Dacryoadénites syphilitiques, par le Pr DE LAPERSONNE. — Les manifestations glandulaires de la syphilis sont moins rares qu'on ne le supposerait en raison du petit nombre de cas publiés. Elles passent souvent inaperçues à cause du peu de réaction qu'elles entraînent.

L'histoire des dacryoadénites chroniques arrivera bientôt à être plus parfaitement connue comme l'est actuellement l'histoire des formes aiguës que nous avons étudiées dans le *Recueil d'ophtalmologie* (février et avril 1901) dans notre travail sur « les oreillons oculaires ».

Trachome et ophtalmie purulente en Egypte, par le Dr JACOVIDÈS. — L'auteur traite le même sujet que le Dr Eloui Bey dont nous analysons plus loin le travail. E. SENDRAL.

ANALYSE DE LA « CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE »

(Numéros d'octobre, novembre et décembre 1902)

Par le Dr A. YVERT

Dacryoadénite aiguë consécutive à l'ingestion d'iodure de potassium à faible dose, par le Dr PRIOUX (de Reims). — L'observation rapportée par notre excellent confrère présente d'autant plus d'intérêt, que la dacryoadénite aiguë constitue par elle-même une affection assez rare et que les conditions étiologiques spéciales, dans lesquelles celle-ci a été constatée, non encore signalées, donnent à ce fait une importance particulière. Il s'agit, en effet, d'une personne de 36 ans, bien portante habituellement, d'un tempérament quelque peu arthritique, mais sans autres antécédents pathologiques, qui, après avoir absorbé pendant huit jours consécutifs 60 centigrammes d'iodure de potassium à chacun des deux principaux repas, présenta le dixième jour au matin tous les symptômes classiques de la dacryoadénite aiguë : fièvre légère, gonflement de la partie externe de la paupière supérieure, rougeur et tuméfaction plus prononcées au niveau de la glande lacrymale, chémosis de la conjonctive dans l'angle externe, mouvements de l'œil douloureux, sensibilité très vive à la pression au voisinage de la région orbitaire externe, photophobie assez intense. A la palpation, on sent une tumeur mal délimitée, assez dure; et, en attirant fortement la paupière en haut et en dehors, on voit apparaître la portion palpébrale de la glande lacrymale, gonflée et un peu plus rosée qu'à l'état normal. Or, la suppression immédiate de l'iodure de potassium, sans l'institution d'aucun autre traitement, détermina le jour même une diminution très notable du gonflement et de la douleur, et dans les vingt-quatre heures, la résolution com-

plète de cette dacryoadénite aiguë, qui paraissait avoir une tendance très rapide vers la suppuration.

Dans tous les cas de cette affection à l'état aigu, notés jusqu'à présent, et qui sont exceptionnels, puisque M. Panas en cite à peine une vingtaine d'observations, il s'agissait de la localisation sur la glande lacrymale d'un état infectieux général : rougeole, blennorrhagie, influenza, oreillons, fièvre typhoïde, syphilis. Seul, le fait de de Lapersonne et d'Elschnig où le froid pouvait être incriminé en dehors de toute autre cause étiologique appréciable, faisait exception à la règle; mais jamais jusqu'à présent on n'avait vu pareille inflammation survenir à la suite et comme conséquence immédiate de l'absorption d'iodure de potassium, surtout à dose aussi peu élevée. C'est ce qui explique tout l'intérêt qui s'attache au cas parfaitement observé par notre confrère de Reims.

Symblépharon congénital avec coloboma de la paupière, par le Dr DUJARDIN (de Lille). — La rareté du symblépharon congénital des paupières, dont il est à peine fait mention dans les traités classiques, nous engage encore à citer, en ce qu'elle a de plus particulièrement intéressant, la curieuse observation de notre distingué confrère de Lille.

Il s'agit, ici, d'un enfant de 4 semaines, venu à terme, issu de parents sains, non syphilitiques, normalement constitué, sauf en ce qui concerne les yeux, et qui présentait du côté droit les particularités suivantes : « La paupière inférieure est atteinte, à sa partie interne, en dehors du point lacrymal, d'un coloboma constitué par une fente, en forme de V, à branches très écartées. Du sommet de cette encoche palpébrale, part un repli membraneux, blanchâtre qui va s'insérer sur le leucôme : cette bride oculo-palpébrale est surtout apparente lorsque l'œil est sollicité à regarder à droite, elle s'étend jusqu'au cul-de-sac de la conjonctive ». L'opération, n'étant pas urgente, a été remise à plus tard à cause du jeune âge de l'enfant et du désir exprimé par les parents.

L'opération de la cataracte par abaissement est-elle justifiable? par Sucker (de Chicago). — Pour notre confrère américain, l'abaissement serait absolument indiqué dans les conditions suivantes : 1° aliénation mentale; 2° épilepsie; 3° hémophylie; 4° quand il existe du tremblement de l'iris; quand le vitré est ramolli, mais avec absence de choroïdite ou de rétinite; 5° quand il existe une blennorrhée du sac ou une conjonctivite incurables; 6° dans l'extrême vieillesse, avec les infirmités qui accompagnent cette période de la vie; 7° dans le cas de vieille bronchite incurable avec toux rebelle; 8° quand un œil a été perdu par suppura-

tion et qu'on a lieu de redouter le même accident pour l'autre œil; 9° dans la cataracte secondaire et rétractée (cataracte secondaire par inflammation); 10° dans la luxation postérieure de la lentille avec tremblement de l'iris. Opérer par extraction, dans ces cas, serait pour M. Sucker, faire de la mauvaise chirurgie; car ce serait courir presque toujours à un insuccès. Et il résume sa manière de voir et de faire à ce sujet par les conclusions suivantes : 1° dans les cas où l'abaissement doit être exécuté, le nombre des échecs n'est pas plus élevé, et l'est même moins qu'il le serait dans les mêmes cas opérés par extraction; 2° on ne doit jamais opérer par abaissement quand il existe de la choroïdite ou de la rétinite; 3° l'abaissement est indiqué dans tous les cas où un œil a été perdu à la suite de l'extraction, si le même accident est à prévoir dans l'autre; 4° l'abaissement ne doit pas être entrepris de propos délibéré, mais seulement dans le cas où l'extraction est absolument contre-indiquée.

Un nouveau mydriatique, bromure de méthyl-atropine pouvant remplacer à la fois l'homatropine et l'euphtalmine, par le Dr A. Darier. — Depuis quelque temps la thérapeutique ophtalmologique s'était enrichie du *bromhydrate* et surtout de l'*iodhydrate de scopolamine*, qui, à la dose de 25 centigrammes pour 100, se serait montré plus actif que l'atropine à doses deux fois plus élevées; elle avait trouvé le moyen, par l'adjonction aux mydriatiques et aux myotiques *de la cocaïne*, d'augmenter dans des proportions considérables l'action de ces agents médicamenteux; avec l'*homatropine*, elle parvenait à provoquer la mydriase et la paralysie de l'accommodation pour un temps qui ne dépasse pas 24 heures; enfin l'*euphtalmine* permettait, pour les examens ophtalmoscopiques, d'obtenir une dilatation bien suffisante de la pupille, avec une parésie de l'accommodation inappréciable. Mais ces alcaloïdes étaient très chers d'une part, et difficiles à se procurer, d'autre part, dans des conditions de pureté parfaite; de plus, il fallait avoir sous la main ces deux collyres à la fois quand on désirait examiner du même coup et le fond de l'œil et son état de réfraction. De plus, une paralysie de l'accommodation entraînait encore bien souvent de nombreux inconvénients.

Or, tous ces désiderata semblent être absolument comblés actuellement, par l'introduction récente en oculistique du *bromure de méthyl-atropine*, présenté le 9 octobre dernier pour M. L. Vaubel et que notre distingué confrère M. le Dr Darier s'est empressé de soumettre à une observation aussi sérieuse que consciencieuse. De ses expériences il se croit en droit de dire d'ores et déjà que le

bromhydrate de méthyl-atropine est un mydriatique moins actif que l'atropine ordinaire et que son action est de beaucoup plus courte durée.

Une goutte de la solution suivante:

Bromure de méthyl-atropine	0.05
Chlorhydrate de cocaïne.	0.10
Eau distillée	10 gr.

produit une dilatation pupillaire maxima de 35 à 50 minutes avec une parésie de l'accommodation inappréciable chez les myopes et les emmétropes, fort peu gênante et de courte durée chez les hypermétropes et les presbytes.

A la suite des instillations que M. Darier se fit à lui-même, il constata : qu'une seule goutte de la solution dans son œil gauche n'amena une dilatation à peu près complète de la pupille, 7 millimètres, qu'en 55 minutes; le maximum 0,0085 ne fut même atteint qu'après 70 minutes. Mais, ce qui est surtout fort important et intéressant tout à la fois, c'est que l'accommodation ne fut en rien gênée ; même 2 et 3 heures après l'instillation, le punctum proximum était tout au plus reculé de 5 centimètres. Aucune gêne ne vint entraver ses travaux d'écriture et de lecture.

Voilà certes des résultats de premier ordre, et appelés dans tous les cas où il s'agit de déterminer la réfraction statique ou l'état ophtalmoscopique du fond de l'œil, à jouer dorénavant un rôle des plus importants en thérapeutique oculaire.

Le Protargol. Son emploi depuis deux ans à Charlotten Heilanstalt à Stuttgart, par le Dr R. Ruffel. — Après des essais sur le protargol prolongés pendant deux années consécutives et portant sur un total de 800 cas, la conclusion principale à laquelle arrive notre distingué confrère de Stutfgart est que: *Le protargol s'est montré l'agent de beaucoup le plus actif dans toutes les affections conjonctivales compliquées d'un catarrhe abondant.* Dans la dacryocystite, tout spécialement, le simple massage du canal lacrymal après instillation de solutions de protargol de 18 à 20 0/0 lui a toujours donné les meilleurs résultats. Pour les cas légers de blennorrhée des nouveau-nés, il le préfère de beaucoup au nitrate d'argent, dont l'action est beaucoup plus puissante, et qu'il réserve pour les infections plus graves. Mais, une simple remarque en passant, là où nous sommes fort surpris : c'est quand M. le Dr Ruffel nous dit que, pour ces cas légers, les badigeonnages au protargol *combinés aux lotions de sublimé* lui ont rendu les meilleurs services. Or, n'est-il pas admis aujourd'hui par la grande majorité des spécialistes, pour ne pas dire par

tous, que les préparations de sublimé sont, de tous les agents médicamenteux, assurément, les plus dangereuses pour la cornée des jeunes enfants, et des nouveau-nés plus particulièrement encore? Et ne voit-on pas à chaque instant revenir, dans les discussions des sociétés savantes, sur ce point spécial de thérapeutique ophtalmologique? Quoi qu'il en soit de cette observation, que nous ne pouvions passer sous silence, notre confrère reconnaît de plus au protargol l'avantage d'être *beaucoup moins irritant, d'agir plus profondément et d'une manière plus durable* que le nitrate d'argent.

L'action du protargol est, pour lui, plus persistante, aussi bactéricide, aussi astringente, mais elle n'est ni caustique ni escharrifiante. Il attribue, d'ailleurs, à cette dernière propriété ce fait que le protargol tend à remplacer de plus en plus, dans la prophylaxie, le rôle du nitrate d'argent.

Ophtalmie métastatique de l'œil gauche au cours d'une fièvre typhoïde par le Dr RUTTEN (de Liège). — A propos d'un cas extrêmement rare et curieux d'ophtalmie métastatique de l'œil gauche, observé, à la suite et comme conséquence d'une fièvre typhoïde grave, chez un garçon de 14 ans, dont l'intérêt est encore doublé par ce fait, que la crainte de l'ophtalmie sympathique dans l'œil du côté opposé, nécessita l'énucléation et permit une étude anatomo-pathologique complète de l'organe malade; notre excellent confrère de Liège revient sur les différents troubles, très exceptionnels, comme on sait, qui peuvent compliquer ou suivre la dothiénentérie. Nous nous contenterons de résumer sa classification, qui comprend : 1° La conjonctivite lymphatique par affaiblissement de l'état général. L'opacité possible du cristallin de même origine. 2° Les ulcères de la cornée et la kératomalacie, complication la plus fréquente. 3° L'iritis seule, beaucoup plus rare. 4° La choroïdite suppurative pouvant se compliquer d'iridocyclite plastique. 5° La rétinite par propagation de la choroïdite, formant l'ophtalmie métastatique suppurative. 6° La névrite d'origine cérébrale (papille de stase). 7° La paralysie des muscles moteurs. 8° Des troubles fonctionnels passagers; telle la cécité pour les couleurs, constatée en dehors de toute autre altération appréciable.

Sur le traitement du décollement de la rétine, par le Dr JOCQS. — Les récentes discussions, soulevées dans les *Annales d'oculistique* de 1902, par la publication du procédé d'injection à l'intérieur de la *capsule de Ténon* du liquide spécial qu'emploie actuellement M. L. Dor, de Lyon, contre les décollements de la

rétine, ont décidé notre distingué confrère, M. le Dr Jocqs, à revenir sur cette question toute d'actualité du traitement de cette affection par les injections sous-conjonctivales de solutions concentrées de chlorure de sodium, qu'il ne cesse de préconiser depuis sa communication à la *Société d'ophtalmologie* en 1901. Il insiste, tout d'abord, sur deux points capitaux pour le bon résultat de l'intervention, à savoir que : 1° d'après les lois biologiques de l'isotonie qui régissent l'osmose des liquides à travers les tissus de l'économie, logiquement pour obtenir le plus grand effet possible, il faut employer, non pas seulement une solution concentrée, mais *saturée*. Il semble, en effet, absolument établi que le résultat obtenu est en raison directe du degré de concentration. Cette manière de faire, il est vrai, soulève une objection sérieuse : car il faut reconnaître, assurément, que ces injections sont fort douloureuses; et que l'intensité de la douleur paraît même exactement proportionnelle au degré de concentration. Elle est même parfois tellement forte avec les solutions saturées qu'on serait tenté de faire l'injection sous le sommeil anesthésique; mais malheureusement, ici même, on manquerait le but à atteindre, puisque bien souvent les douleurs se prolongent au delà de la durée de la narcose. De plus, ce grave inconvénient est bien difficile à supprimer. On pourrait, dira-t-on, recourir à l'acoïne, qui donne si souvent d'excellents résultats dans les injections sous-conjonctivales ordinaires? Mais, malheureusement, cet alcaloïde ne saurait être de mise avec les solutions de chlorure de sodium, qu'il précipite en grande partie; et dont il est susceptible de diminuer, sinon d'annuler les effets osmotiques. En somme, le moyen le plus simple d'atténuer les douleurs serait encore jusqu'à nouvel ordre, pour M. Jocqs, celui qu'a préconisé M. Bourgeois et qui consiste à ajouter au liquide quelques gouttes d'une solution de cocaïne.

2° Un second point, sur lequel insiste encore tout spécialement notre distingué confrère, est d'avoir soin, avant de faire l'injection sous-conjonctivale, d'évacuer le liquide du décollement, par une ponction intra-oculaire avec un couteau de Græfe très étroit. Or, dans un récent travail, M. Thilliez, de Lille, déclarait qu'il considérait cette intervention comme inutile, sous prétexte que les phénomènes d'osmose sont largement suffisants pour faire résorber le liquide sous-rétinien. Ce à quoi, M. Jocqs répond avec beaucoup de raison, à notre avis, qu'il les croit, en effet, suffisants; mais qu'il a remarqué que, sans ponction, il fallait souvent plusieurs injections pour faire évacuer le liquide; tandis que, dans deux cas, la ponction suivie d'une seule injection a suffi pour tarir le liquide épanché au-dessous de la rétine.

Nous en aurons fini, quand nous aurons signalé la grave objection faite à la manière de voir de M. L. Dor, parceque, si sa théorie était vraie, plus un décollement serait étendu, et par conséquent sérieux, plus il aurait de chance d'être guéri par sa méthode des injections intra-Ténoniennes. « Tous les décollements, dit en effet notre confrère de Lyon, ne guérissent pas par cette méthode, mais on guérit en général ceux qui sont assez étendus pour aller jusqu'à la papille du nerf optique. Le liquide semble sortir par aspiration au niveau des espaces lymphatiques de cette région. Si le décollement est limité, s'il est périphérique et si on compte sur une véritable osmose au travers de la sclérotique, on sera déçu. Il faut donc employer une autre méthode. » Il faut bien avouer, quelles que soient les idées théoriques qui peuvent diriger M. Dor, que la pratique et la clinique s'inscrivent en faux contre sa manière de voir; et force est bien de reconnaître que les décollements de la rétine sont d'autant moins graves, et ont par suite d'autant plus de chances, si petites soient-elles, de disparaître, qu'ils sont moins étendus et plus périphériques.

Un cas d'actinomycose du canicule lacrymal droit inférieur, par le Dr GUIBERT (de La Roche-sur-Yon). — Cette affection, tout à fait exceptionnelle en France, où on n'en a guère publié jusqu'à présent que de très rares observations, contre une vingtaine en Allemagne et une dizaine seulement en Russie, n'est guère connue chez nous que par la *Revue générale sur l'actinomycose primitive de la conjonctive et des voies lacrymales*, publiée par MM. Sabrazès et Ulry dans la *Gazette des hôpitaux* du 1er septembre 1898; par l'article que lui a consacré M. Terson dans la *Clinique ophtalmologique* du 10 avril 1901; et par le travail qu'a fait paraître, un mois plus tard dans le même journal, M. Bourgeois. Aussi notre distingué confrère, M. le Dr Guibert, a-t-il cru faire œuvre utile en rapportant une récente observation, qu'il vient d'avoir l'occasion de recueillir, et dont le diagnostic anatomique a pu être établi par l'examen microscopique de deux spécialistes en la matière, l'un pharmacien, et l'autre chef de laboratoire à la Faculté de Bordeaux. Or, indépendamment de ce double contrôle histologique, ce fait présente un certain intérêt en ce sens que, dans le cas particulier, la lésion actynomicosique s'était développée aux dépens du bord inférieur du canalicule lacrymal, où elle formait une concrétion de la grosseur d'un petit haricot, mamelonnée comme une framboise et d'aspect gris jaunâtre. Après incision de la paroi supérieure du canalicule, la simple pression en fit sortir une partie, mais il fallut avoir recours à la curette pour vider le fond de la poche, dont les parois étaient résistantes et

paraissaient calcifiées. Comme étiologie, il est bon de noter, en passant, que le malade en question était un bourrelier de la campagne.

Des insufflations d'air dans la chambre antérieure dans les tuberculoses irienne et cornéenne, par le Dr Félix, de Leiden. — Nous ne saurions passer sous silence l'intéressante étude thérapeutique qui a servi de base à la thèse inaugurale soutenue, en juin dernier, devant la Faculté de médecine de Berne, par M. le Dr Félix, de Leiden, et dont la *Clinique ophtalmologique* du 10 décembre 1902 a réservé la primeur à ses lecteurs. Ce travail, extrêmement important, aussi bien au point de vue de la pathologie générale que des études ophtalmologiques spéciales, a été inspiré à l'auteur par le professeur Koster, de Leiden, qui ayant eu l'idée d'appliquer à l'œil les résultats assez concluants, obtenus par l'injection, à l'intérieur de la cavité abdominale, d'air stérilisé dans le cas de péritonite tuberculeuse, n'hésita pas à faire également des insufflations d'air stérilisé dans la chambre antérieure contre les tuberculoses irienne ou cornéenne. Frappé de l'insuffisance ou de l'inefficacité, dans la plupart des cas, du traitement général hydrargyrique; des frictions prolongées sur la cornée avec la pommade à la lanoline iodoformée à 2 p. 10; des injections sous-conjonctivales de cinnamate de soude (Hétol), ou de tuberculine, le savant professeur de Leiden en était arrivé à penser que peut-être les insufflations d'air dans la chambre antérieure auraient quelques chances d'aboutir. Et, en effet, s'il faut en croire les succès obtenus dans les trois observations rapportées tout au long et en détails par M. Félix, force est bien de conclure qu'on paraît être là en présence d'une méthode thérapeutique réellement sérieuse et efficace, qui mérite, assurément, d'être préconisée et mise en expérience sur une vaste échelle. D'autant plus que la technique opératoire en est des plus simples, et s'est toujours montrée absolument inoffensive.

Voici comment se pratiquent ces insufflations :

« Après aseptisation aussi complète que possible du champ opératoire et anesthésie par la cocaïne, on introduit dans la chambre antérieure une aiguille à discision ordinaire (à la partie inférieure de la cornée sans doute?), puis on la retire avec soin sans laisser écouler l'humeur aqueuse. A travers la ponction ainsi pratiquée on introduit la fine canule d'une seringue de Pravaz, préalablement remplie à moitié d'air stérilisé (air aspiré à travers un tampon d'ouate stérile).

« L'aiguille de la seringue étant dans la chambre antérieure, on aspire l'humeur aqueuse en dirigeant en bas le piston de la

seringue et en prenant garde que l'iris, les tubercules ou la cornée elle-même ne viennent obstruer l'orifice de l'aiguille.

« Quand la chambre antérieure est complètement vidée, on injecte l'air sans retirer l'aiguille. Il faut bien faire attention de ne pas en insuffler trop et d'augmenter ainsi la tension intra-oculaire, ce qui doit être évité avec soin.

« Un pansement sec est alors appliqué et tout est dit. »

Légère réaction inflammatoire, avec hypéremie péri-kératique, qui dure vingt-quatre heures environ; l'air est résorbé en deux ou quatre jours, et remplacé par de l'humeur aqueuse.

Dr A. YVERT.

RÉUNION BIOLOGIQUE DE BORDEAUX

Séance du mardi 11 novembre 1902

Terminaisons nerveuses et sensitives dans les muscles striés de la torpille, par M. CAVALIÉ. — M. Cavalié, comme d'autres avant lui, a essayé de distinguer les terminaisons motrices et sensitives dans les muscles striés. Il a employé la méthode des injections intraveineuses de bleu de méthylène.

Pour cet auteur, la seule différence serait une sorte de striation au milieu des plaques motrices, tandis que les terminaisons sensitives ne seraient représentées que par des boutons terminaux.

Terminaisons nerveuses motrices dans les muscles striés du lapin, par M. CAVALIÉ. — L'auteur, par la méthode des injections de bleu de méthylène, a pu voir que les filets nerveux forment des fuseaux névro-musculaires qui vont se terminer au niveau de plaques, en formant de véritables arborisations.

Un seul filet forme fréquemment deux plaques terminales. De ces plaques se dégageraient des filets qui ont reçu le nom de filets ultra-terminaux.

Ces plaques se trouveraient logées dans un dédoublement du myolemme. Les terminaisons nerveuses ne se feraient pas en boutons, et M. Cavalié pense que les points surcolorés que l'on prend pour les boutons terminaux au niveau des plaques ne sont que des noyaux.

Connexion de la voie optique avec le troisième ventricule, par MM. GENTES et AUBARET. — MM. Gentes et Aubaret, grâce à

la méthode de Golgi, montrent que la voie optique n'a de rapports avec le troisième ventricule que par les cellules de névrolgie, qui poussent des prolongements réciproquement d'une couche dans l'autre, tandis que les éléments nobles restent nettement séparés.

Membrane de Jakob de la rétine chez le chat nouveau-né, par M. TRIBONDEAU. — L'auteur rapporte que l'examen de la rétine des chats nouveau-nés montre l'existence de la couche des cônes et des bâtonnets de Jakob, dont la non-existence avait été admise comme devant expliquer le phénomène de la cécité des chats à la naissance.

Réflexes cutanés et pupillaire chez les diabétiques, par le professeur PITRES. — M. Pitres rappelle combien est fréquente l'abolition du réflexe rotulien chez les diabétiques (40 p. 100 des cas). Il montre, en outre, que les réflexes cutanés sont très souvent abolis ou affaiblis. Il a examiné en effet 32 diabétiques et il a pu voir que :

Le réflexe rotulien était aboli : 13 fois, affaibli 7 fois.

Le réflexe abdominal aboli : 16 fois, affaibli 8 fois.

Le réflexe crémastérien aboli : 19 fois, affaibli 6 fois.

Le réflexe plantaire aboli : 16 fois, affaibli 2 fois.

Les réflexes cutanés semblent donc encore plus fréquemment abolis que les réflexes rotuliens, mais on ne peut encore établir de loi, car la plus grande variété préside à cette disparition.

Quant au réflexe pupillaire il l'a trouvé normal dans 26 cas sur 27 examinés, ainsi que la sensibilité épigastrique et la sensibilité testiculaire.

De l'ensemble de l'examen de ces réflexes on ne peut guère conclure à leur utilisation pour le diagnostic délicat du tabes avec le pseudo-tabes diabétique, mais le signe d'Argyll-Robertson et la sensibilité testiculaire pourront alors servir. (*Gazette hebd. des sciences méd. de Bordeaux.*)

Dr G. BUARD.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Clinique de Chirurgie spéciale du Val-de-Grâce. — **Diagnostic des maladies des yeux, des oreilles et des voies aériennes supérieures, considérées surtout dans leurs rapports avec le service militaire** par MM. CHAVASSE, médecin

principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce, et TOUBERT, médecin-major de 2e classe, agrégé du Val-de-Grâce (In-8° de 720 pages, avec 80 figures dans le texte). — Les progrès incessants et considérables de la chirurgie, la multiplication des instruments d'exploration nécessaires pour préciser le diagnostic, ont conduit à la création de spécialités chaque jour plus nombreuses. L'enseignement lui aussi a dû être scindé, et de la clinique chirurgicale générale il a fallu distraire certaines affections dont l'étude exige des procédés d'examen compliqués et particuliers.

En ce qui concerne le service militaire, l'intégrité des organes visuels et auditifs est de première importance. Appelés à fonctionner comme *experts* dans les conseils de révision, devant les commissions de réforme et de retraite, les médecins de l'armée doivent être familiarisés avec les *méthodes* d'investigation les plus délicates. Aussi notre Ecole d'application est-elle, depuis des années, dotée d'une chaire spécialement destinée à les mettre à hauteur de ce *rôle* toujours difficile.

En réunissant dans un même volume toutes les matières de leur enseignement, nos collègues MM. Chavasse et Toubert, ont fait œuvre très utile. Non seulement ils ont décrit avec une grande netteté l'emploi des appareils et des instruments usuels, non seulement ils ont pris soin d'entrer dans ces minutieux détails qui seuls rendent aisée la technique, mais ils ont eu le mérite plus grand encore de savoir faire un choix judicieux parmi des procédés dont le nombre ne cesse de s'accroître, et de démontrer qu'en s'astreignant à une méthode rationnelle et en la suivant avec rigueur, le praticien arrive presque sans peine, à poser un diagnostic exact.

L'ouvrage de MM. Chavasse et Toubert est divisé en trois sections. La première est consacrée aux affections des yeux, la seconde aux maladies des voies aériennes supérieures, la dernière aux lésions de l'appareil auditif.

Il serait sans intérêt de passer successivement en revue les multiples chapitres de ces trois parties qui forment comme autant de livres distincts. Nous y signalerons tout particulièrement la division des épreuves, en *régulières* ou indispensables et en *éventuelles*, dont l'application n'est exigée que dans des cas plus rares. C'est là une distinction très juste et qui répond bien à la situation du médecin de l'armée, appelé souvent à se prononcer dans un temps relativement restreint sur l'état fonctionnel d'un sujet.

De cette situation naît également l'incontestable supériorité des méthodes *objectives*, et c'est avec raison que nos collègues insistent sur l'emploi de la *skiascopie* ou *kératoscopie* pour la dé-

termination et la mensuration des vices de la réfraction statique. J'en dirai tout autant de l'*ophtalmométrie* objective pour le diagnostic de l'astigmatisme.

Sans doute les tentatives de supercherie de la part des examinés sont aujourd'hui peu communes, on pourrait presque dire exceptionnelles, mais elles ne sont devenues si rares, que parce qu'on sait au dehors leur peu de réussite. Aussi est-ce intentionnellement que sont longuement étudiées les diverses sortes de simulation et les moyens de les déjouer. Depuis l'époque, relativement éloignée, où notre savant inspecteur général publiait son *Traité des maladies simulées* (1870), les règles en cette matière délicate sont du reste demeurées les mêmes et les auteurs font preuve de sagesse en répétant après lui : « de ne jamais trancher ces questions avant d'avoir acquis une certitude absolue ».

Aussi bien pour les affections oculaires que pour les lésions du naso-pharynx, du larynx et de l'appareil auditif, l'étude consacrée à leurs *relations avec les autres maladies* est un chapitre de grand intérêt. Il y a seulement quelques années, on n'attachait pas à ce point spécial toute l'importance qu'il mérite; nos collègues ont su la faire ressortir.

Si l'anatomie de l'organe visuel est passée sous silence, MM. Chavasse et Toubert font précéder de quelques notions anatomiques et physiologiques la description des méthodes d'exploration du nez, du naso-pharynx et du larynx. Nous ne pouvons que les en approuver. Moins présente à l'esprit est ici la disposition des parties, moins aisée est l'application des instruments, moins facile l'interprétation des images. Il est indispensable pour l'explorateur de parfaitement connaître la technique, car la plus légère erreur de ce côté peut se traduire par des déformations dans la représentation des organes, susceptibles de conduire à un jugement erroné sur la nature et le siège des lésions.

Bien plus encore une méthode rigoureuse et régulière est indispensable pour l'exploration de l'appareil auditif dont les éléments échappent en grande partie à l'examen *objectif*. Nombre de choses ici sont encore sujettes à discussion et l'*acuité auditive* n'a pas actuellement trouvé une mesure acceptée de tous. Plus délicate est la fonction de l'*expert*, moins précises souvent sont ses conclusions. C'est aussi du côté de la surdité que sont fréquentes les tentatives de simulation. Le médecin militaire a donc intérêt à faire une étude approfondie des méthodes d'exploration des fonctions auditives. Au moins si sa perspicacité est un jour mise en défaut, qu'il soit en droit de se dire qu'il a fait tout le possible pour éviter une erreur.

Ecrivant surtout pour nos camarades de l'armée, MM. Chavasse

et Toubert ont donné dans leur livre, aux considérations plus spécialement militaires, le développement indispensable qu'elles comportent. Ils ont de plus condensé dans des tableaux synthétiques les prescriptions relatives à l'aptitude physique au service actif ou auxiliaire. Ils terminent enfin par des extraits des Instructions réglementaires pour l'admission au service, la réforme et la retraite.

Reflet de l'enseignement de notre École d'application, cet ouvrage montre une fois de plus avec quel soin le corps de santé militaire s'efforce de se tenir constamment à hauteur de tous les progrès de la science ; il fait le plus grand honneur à M. le professeur Chavasse et à son agrégé M. Toubert, dont il résume et réunit les leçons.

CHAUVEL.

Contribution à l'étude de la granulation conjonctivale ; de sa nature et de sa prophylaxie dans les écoles, par le Dr MAHOMED ELOUI BEY. — Ce travail, très intéressant, a été présenté au premier congrès Egyptien tenu au Caire en décembre 1902 et nous sommes heureux d'en donner à nos lecteurs une analyse malheureusement un peu écourtée.

Dans l'*historique*, l'auteur nous rappelle que l'ophtalmie granuleuse en Egypte remonte à la plus haute antiquité et qu'on en trouve mention dans un chapitre consacré aux affections oculaires du papyrus d'Ebers (1550 avant J.-C.). Depuis lors de nombreuses épidémies ont été étudiées dans ce pays qui est fertile en granulations conjonctivales ; cependant elles sont de moins en moins nombreuses grâce aux progrès de l'hygiène dont elles ont bénéficié au même titre que la peste, le choléra, le typhus et tant d'autres infections qu'on a appelé si heureusement des *maladies évitables*.

L'*étiologie* est très étudiée par l'auteur qui admet l'origine infectieuse, microbienne de la granulation qui est non douteuse aujourd'hui malgré l'échec des recherches bactériologiques de Herschterg, Haab, Poncet, Morax, etc... ; bien que le germe pathogène n'ait pu être isolé, on ne peut en nier l'existence. L'affection est fréquente en Egypte en raison de certaines conditions climatériques et atmosphériques qui prédisposent aux inflammations (chaleur, humidité) et de certaines conditions individuelles (lymphatisme, misère physiologique, âge, encombrement). La malpropreté est fréquente bien que moins repoussante et moins générale qu'autrefois ; en outre il faut faire une grande part à l'action des *poussières* (action d'irritation et de véhiculation de germes) et aux *mouches*. Ce rôle des mouches est non douteux

et il est intéressant de remarquer que c'est de mars en octobre que l'affection est plus fréquente : c'est en effet l'époque où mûrissent les dattes qui sont une grande attraction pour ces animaux.

L'analyse des *symptômes* permet de classer les affections produites par la conjonctivite granuleuse d'abord sous la forme *franche* du début où les granulations sont le seul signe de la maladie; cette forme fait place, au bout de quelque temps à la forme *mixte* où on constate en outre des élevûres plus ou moins volumineuses de la conjonctive hypertrophiée. On observe, en outre une troisième forme qni n'a rien des vraies granulations: c'est la forme *papillaire* ou *fausses granulatations* consécutive aux ophtalmies catarrhale, purulente ou à fausses membranes ayant passé à la chronocité. Cette forme papillaire ne laisse après elle aucune trace cicatricielle, ce qui la différencie nettement; c'est cette forme papillaire qui est cause de la confusion régnante jusqu'ici entre les ophtalmies chroniques et l'ophtalmie granuleuse.

La *prophylaxie* est étudiée en détail par l'auteur qui souhaite, pour arrêter le développement de la maladie presque toujours insidieuse au début, qu'une inspection bi-annuelle des yeux de tous les enfants de 1 à 5 ans soit obligatoire en Egypte, car l'affection dans la moitié des cas atteint les enfants de cet âge.

Dr SENDRAL.

Anomalies et maladies de l'œil, par FLAVEL TIFFANY, professeur d'ophtalmologie et d'otologie à l'université de Kansas-City. — L'ouvrage du Dr Tiffany (un fort volume de 600 pages) constitue un traité complet et bref des affections oculaires. L'auteur est resté constamment attaché au but qu'il annonce dans sa préface « traiter tous les sujets de façon complète et claire...» et faire un livre qui ait également sa place « dans la bibliothèque du praticien en général et de l'étudiant en médecine ». Et en effet sur tous les points qui sont traités, il a su suivant son expression « conserver le noyau et rejeter l'écorce ».

Ce livre est donc destiné non au spécialiste annoncé, mais au médecin pratiquant également toutes les branches de son art, ou bien au débutant en ophtalmologie. L'auteur dans la première partie traite de la réfraction normale et pathologique; dans la seconde il aborde rapidement toutes les affections oculaires, brièvement, d'une façon lucide et nette ; il insiste sur les détails de traitement, ou de technique opératoire avec grand soin.

Le plan d'un pareil ouvrage est celui de tous les classiques. Nous avons à cœur de ne pas détruire la nouveauté et l'intérêt de ce traité très original en en faisant des citations trop nombreuses,

mais nous attirerons cependant l'attention sur certains points spéciaux.

C'est ainsi que la théorie de l'accommodation basée sur les données de H. Müller sans que le nom d'Helmholz soit prononcé, est en de nombreux points différente de ce que nous avons coutume d'admettre en France. De nombreux procédés intelligents et originaux, tels que la mesure de la réfraction par le verre perméable seulement aux rayons bleus et rouges, et l'habitude de dessiner les fonds d'œil projetés pendant leur examen en un écran quadrillé [comme on dessine au microscope, à la chambre claire], sont des moyens dignes d'être répandus. Une caractéristique des ouvrages anglais et américains en général est particulièrement facile à relever dans celui du Pr Tiffany, nous voulons parler du rôle de l'hypermétropie dans les douleurs oculaires, les inflammations (blépharite, trachome), et enfin dans le glaucome. Il ne nous appartient pas de juger sans une pratique plus longtemps poursuivie des idées si répandues chez les nombreux et respectables confrères de Grande-Bretagne et d'Amérique. Cette même influence est également reconnue à l'hétérophone « au défaut d'équilibre des muscles extérieurs de l'œil par insuffisance ou par faiblesse ».

Nous devons relever ensuite parmi les traitements originaux que préconise le Dr Tiffany, celui du trichiasis, où il ajoute à une incision tarsienne longitudinale, trois incisions verticales; celui du ptérygion par un massage centrifuge avec la solution saturée de protargol etc... Nous ne pouvons citer avec des développements suffisants l'opinion de l'auteur sur la nature, la contagiosité, et le traitement du trachome, qui sont du plus haut intérêt. Le traitement du synchisis par une sorte de sclérotomie postérieure est également original. Le traitement opératoire de la cataracte est longuement et minutieusement décrit; les procédés de Panas, Galezowsky, Landolt sont avantageusement cités. A remarquer aussi le traitement de Galezowski, du décollement rétinien, dont le Pr Tiffany rapporte un cas de succès complet qui fit l'admiration des étudiants. Nous aurions encore à présenter les minutieux et exacts procédés de mesure de cette « exophorie » si souvent recherchée et traitée au delà de la Manche et de l'Atlantique; le procédé d'entraînement musculaire du Dr Sarage, pour le traitement du strabisme, mérite aussi d'être noté. Enfin le fait qu'une greffe sur une tumeur maligne plusieurs fois opérée a paru arrêter l'extension et amener la réparation mérite d'être retenu. En dernier lieu mentionnons l'usage fréquent et multiple de l'adrénaline, le violet de méthyle, le formol, et la chaleur sèche de source électrique.

En somme, l'ouvrage est à la fois suffisamment étendu et très concis. L'édition en est agréable, les figures en sont intelligemment comprises et d'une lucidité parfaite. Celles-ci très abondantes, et toujours exactes, sont la plupart des photographies très réussies illustrant les affections les plus variées. Enfin de nombreuses planches en couleurs constituent un atlas ophtalmoscopique assez complet et d'une fidélité absolue.

L'étudiant en ophtalmologie, et le médecin trouveront en ce volume un aide précieux, que le spécialiste consultera avec plaisir et avec fruit.

Dr A. Bouchart.

Eléments d'histologie pathologique de l'œil, par Picgmund Ginsberg. In-8°, 488 pages, 107 figures. Berlin. — Cet ouvrage répond à une indication très nette et que l'auteur expose lui-même dans son avant-propos : « présenter aux confrères qui veulent étudier l'anatomie pathologique de l'œil, et n'ont pas une grande expérience du sujet, un guide pour les orienter et les soutenir ». Le volume contient donc une « description concise des lésions microscopiques de chaque partie de l'œil, avec une mention spéciale des éléments de diagnostic nécessaires à des débutants ». On comprend alors le but précis de l'ouvrage, et on peut dire qu'il a été rempli. L'auteur a su écarter, en les supposant connues, les questions cliniques et de pathologie générale. L'expérimentation animale a été réduite au minimum nécessaire.

Le plan de l'ouvrage est nouveau, c'est-à-dire qu'au lieu de traiter les questions suivant une classification pathologique, elles sont abordées dans un ordre purement histologique. Ainsi le glaucome est exposé par morceaux, suivant les lésions qu'il provoque, aux articles : angle de filtration; rétine; nerf optique; veines sorticineuses. De même, pour l'ophtalmie sympathique, la table des matières renvoie successivement à la choroïde, au corps ciliaire, à l'iris et au nerf optique. Ce procédé adopté délibérement par l'auteur présente évidemment quelques avantages mais entraîne facilement à des redites; ainsi, dans les chapitres de la rétine et du nerf optique, les faits décrits dans les « lésions générales », sont nécessairement plus ou moins revus dans les « lésions spéciales » aux différentes affections. Néanmoins l'ouvrage reste complet, précis et bref.

La bibliographie de l'auteur a été volontairement réduite dans des proportions que nous trouvons un peu considérables; il a éliminé les gros traités généraux dont l'anatomie pathologique n'est pas le but essentiel, et ceux qui, bien spécialisés dans cette branche, sont d'une renommée générale et d'une nécessité absolue.

Evidemment ceci peut n'être pas une lacune dans des « éléments » mais une page pour les mentionner tous, eut été facile et de très grande utilité.

Les figures sont toutes bonnes et belles, leur nombre est suffisant, et leur choix est heureux. L'éditeur a tenu à reproduire en fin de volume, sur papier spécial, quelques planches moins réussies dans le texte.

L'auteur s'appuie très largement sur les travaux antérieurs ou contemporains qu'il cite. Le traité des tumeurs de l'œil, de Lagrange, est le seul grand ouvrage français dont l'autorité et l'importance se retrouve à chaque page. Les travaux de Rochon-Duvigneaud, Villard, Sourdille, etc... sont également consultés et discutés. Le travail personnel de l'auteur est plus particulièrement apparent dans les chapitres: trachome, gliome de la rétine, et du nerf optique. Le Dr Ginsberg donne rarement une solution à des discussions d'anatomie pathologique, mais son opinion jointe à celle des classiques, et appuyée sur des examens complets et précis, constitue une base solide sur laquelle le « débutant » auquel l'ouvrage est destiné pourra appuyer ses recherches et ses interprétations.

En somme, à côté des gros traités dont la lecture et l'utilisation nécessitent autant de temps que de connaissances spéciales, cet ouvrage à la fois suffisamment développé et restreint, constitue un aide précieux, et une mise au point exacte des différentes questions encore en litige.

Dr A. Bouchart.

Dacryoadénite syphilitique, par M. de Lapersonne. — Il s'agit, dans ce cas extrêmement rare et fort intéressant, de la présentation par le professeur de clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, d'un homme atteint de dacryoadénite double, avec gonflement non douloureux de la paupière supérieure. En même temps existe une irido-choroïdite caractéristique d'une syphilis déjà ancienne. Mais ce qui est plus curieux, chez ce malade, c'est le développement successif d'une orchite qui a guéri en deux mois, d'une mammite de même durée, enfin de deux parotidites remarquables par la dureté ligneuse des glandes enflammées. Les cas de dacryoadénite spécifique sont exceptionnellement rares; il n'en existe que deux ou trois dans la science.

Chez un second malade, les choses se passèrent de la façon suivante : il s'agit d'un ouvrier qui avait reçu un éclat de pierre dans l'œil. Un de ses camarades roule un petit papier, l'humecte de salive et enlève le corps étranger. Quelque temps après apparaissait un chancre de la paupière avec adénopathie carac-

téristique. Du même côté, et pendant l'évolution même du chancre, se produisit une dacryoadénite unilatérale, qui a persisté très longtemps sans se résorber ni suppurer : il y a donc tout lieu de supposer qu'il s'agit encore d'une dacryoadénite syphilitique. (Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 4 décembre 1902.) — Dr A. YVERT.

Syphilis oculaire, par M. DE LAPERSONNE. — En même temps notre savant confrère présente un garçon de 20 ans, entré le 25 octobre à l'Hôtel-Dieu pour un chancre sphacélé de la paupière inférieure d'un côté, et des plaques muqueuses de la conjonctive bulbaire du côté opposé ; avec, plus tard, un pannus complet, et quelque chose ressemblant à la kératite interstitielle de Hutchinson, mais paraissant devoir être considéré comme des troubles trophiques secondaires à une inflammation de l'uvée. L'état général était aussi mauvais que possible. Les frictions mercurielles, puis les injections intra-musculaires d'huile biiodurée, et enfin les piqûres intra-veineuses de cyanure à la dose de 1 gramme, 1 gr. 1/4, 1 gr. 1/2 de solution au centième paraissent avoir déterminé une certaine amélioration de l'état général. (Société française de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 4 décembre 1902.) — Dr A. YVERT.

Cyto-diagnostic dans la syphilis oculaire, par M. DE LAPERSONNE. — Il s'agit de la présentation par l'auteur, au nom de MM. Opin et Etienne Le Sourd, préparateur et interne à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, des premiers résultats, obtenus en pathologie oculaire, par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Chez un homme atteint de syphilis à marche rapide, mais n'ayant aucune douleur de tête, aucun signe cérébral, l'ophtalmoscope faisait reconnaître une double névrite très caractéristique. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré une lymphocytose abondante (20 à 30 lymphocytes par champ d'immersion, sans polynucléaires). Le malade a été soumis à un traitement intensif au moyen des injections intra-veineuses de cyanure.

Chez un autre malade, la syphilis datait de dix-huit mois, il y avait eu de l'iritis discrète et il existait d'un côté seulement un trouble du vitré, voilant la papille. L'examen ophtalmoscopique laissait quelques doutes sur l'existence d'une névrite optique. Il n'y avait pas de céphalée. On a constaté une lymphocytose peu abondante, mais très nette (10 à 15 lymphocytes, par champ d'immersion, sans polynucléaires).

Par contre, chez un malade traité depuis longtemps pour des

chorio-rétinites spécifiques, mais qui ne présentait plus dans le fond de l'œil, que des lésions régressives, l'examen cytologique a été négatif.

Or, ces premiers résultats tendent à démontrer que dans les lésions récentes du segment postérieur de l'œil, portant surtout sur la terminaison du nerf optique, il se produit une réaction méningée assez intense. Le nerf optique n'est, d'ailleurs, qu'une émanation de l'encéphale, et ses gaines limitent des espaces séreux qui communiquent avec les espaces et avec la grande cavité sous-arachnoïdienne. Depuis longtemps, les faits pathologiques l'ont démontré, et les expériences récentes de Sicard et Dupuy-Dutemps, au moyen des injections d'encre de Chine, sont venues le confirmer. On comprend dès lors le pronostic toujours sérieux de ces névrites, qui marquent si fréquemment la première étape de la syphilis cérébrale.

Dans un autre ordre de faits chez une jeune fille de 15 ans, atteinte de paralysie de la troisième paire, et chez laquelle il était difficile de dire s'il s'agissait d'une syphilis acquise ou congénitale, le cyto-diagnostic positif a fait pencher pour une affection récente.

A cette importante communication M. Widal a répondu en faisant remarquer l'importance du fait de la disparition de la lymphocytose rachidienne dans un cas de névrite optique de date ancienne, alors qu'on sait, au contraire, que la lymphocytose est permanente au cours du tabes. Il y aurait donc là un caractère différentiel entre les névrites tabétiques et les névrites optiques d'origine spécifique ancienne. (Société de Biologie, séance du 10 janvier 1903.) — Dr A. Yvert.

Atrophie familiale du nerf optique, par M. Lauber. — L'auteur présente à ses collègues une femme de 30 ans, dont l'acuité visuelle va en diminuant progressivement depuis six mois, par le fait d'une névrite rétro-bulbaire. Or, ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est l'existence, chez quatre frères et sœurs de cette malade, de la même affection. Celle-ci débute ordinairement vers l'époque de la puberté, et au bout de six mois à un an la vision a presque complètement disparu. L'étiologie de cette forme spéciale d'atrophie est complètement inconnue ; on sait seulement qu'elle est plus fréquente dans le sexe féminin. (Société des médecins de Vienne, séance du 21 novembre 1902.)

Zona ophtalmique et névrite optique, par le Dr A. Antonelli. — Si nous considérons les névrites optiques toxi-infectieuses au point de vue de leurs analogies avec les affections de même nature, intéressant d'autres troncs nerveux ou des ganglions du sys-

tème périphérique, un rapprochement qui, de prime abord, se présente à l'esprit est celui du zona; de cette névrite périphérique à localisation variable, à allure clinique bien nette, mais à étiologie multiple et souvent obscure, puisqu'elle se manifeste dans nombre d'états infectieux ou toxiques, soit bien caractérisés, soit frustes ou latents. Il est même étonnant, que l'association morbide, entre zona ophtalmique et névrite optique, ne s'établisse pas très souvent, tout au moins d'après les observations publiées, celle de Gould et celle de Kalt n'ayant pas été suivies par d'autres.

Avant ces auteurs, Hutchinson avait déjà signalé l'inflammation très légère de la papille optique, dans quelques cas d'herpès zoster ophtalmique, et Jessop avait aussi constaté les signes de papillite, accompagnés de dilatation considérable de l'artère ophtalmique, dans un cas qu'il pût soumettre à l'examen histologique.

L'observation de M. Antonelli, prise dans le service de M. Balzer, à l'hôpital Saint-Louis, concernait une femme de 48 ans, sans antécédents morbides dignes de mention, atteinte de zona frontal gauche à la suite de refroidissement. Après quatre ou cinq jours de névralgies, ou plutôt de sensation de cuison très violente, avec des périodes d'exacerbation, les plaques d'exanthème s'étaient montrées, assez larges et assez confluentes, sur tout le territoire du nerf frontal gauche. Le jour suivant, il y avait sur cette région une quinzaine de petites bulles, transformées en pustules deux jours après. Les ganglions parotidiens étaient tuméfiés et la malade se plaignait de troubles gastro-intestinaux. — Pendant la période involutive de l'éruption, lorsque sur le front l'on voyait simplement des cicatrices toutes récentes et quelques croûtes hématiques, la malade avait été prise de douleurs sourdes au fond de l'orbite gauche, douleurs marquées surtout pendant les mouvements exagérés du globe, de troubles visuels et de signes d'iritis. Au premier examen de l'œil, six semaines environ après le début du zona, elle présentait, en effet, la pupille gauche dilatée par l'atropine, mais déformée par quelques synéchies en bas. La vision de cet œil était réduite à la simple perception de la lumière; la tension normale. Il persistait un léger degré d'injection péricornéenne. A l'ophtalmoscope on constatait une papille blanche par atrophie secondaire de névrite optique; le bord de la papille était assez flou et déchiqueté, les veines relativement gorgées, les artères réduites de calibre. Pas de rétinite péripapillaire, pas d'hémorragies. L'œil droit était absolument normal. La malade quitta le service quelques jours après et nous ne l'avons plus revue.

La pathogénie de la névrite optique, dans les rares cas cités tout à l'heure, a été considérée par quelques auteurs d'origine trophique. Aujourd'hui que le domaine des altérations nettement inflamma-

toires et d'origine présumée trophique a tant perdu de terrain, il est beaucoup plus juste d'attribuer au même virus, organisé ou simplement organique, aussi bien les lésions du ganglion de Gasser et de la branche ophtalmique du trijumeau, constituant le zona, que celles du nerf optique constituant la papillite. A l'appui de cette façon de voir, nous pourrions citer les cas où le zona ophtalmique (sept fois sur cent, d'après Wecker) se complique de paralysies oculo-musculaires intrinsèques ou extrinsèques, paralysies que nul ne songerait à qualifier de troubles trophiques, et qui sont évidemment d'origine névritique toxi-infectieuse, comme les paralysies post-diphtériques, post-varioliques, post-diothénentériques, etc.

Dans le même ordre d'idées, il faut ajouter qu'une vraie phlébite de la veine ophtalmique, associée aux lésions du ganglion de Gasser et de la branche de Willis, a été constatée par Horner, à l'autopsie d'un cas de zona très intéressant publié par Weiss. Enfin, au point de vue des intoxications exogènes, celles chroniques par arsenic (Hutchinson, Derby), ou par oxyde de carbone (Leudet, Sattler), ont été reconnues cause, bien que rare, soit de zona ophtalmique soit d'altérations de la papille optique.

Au point de vue clinique, l'association possible de la névrite optique à un zona frontal ou ophtalmique mérite d'être signalée aux praticiens. C'est en effet le praticien de médecine générale qui est presque toujours le premier appelé, en cas de zona ophtalmique, puisque le syndrome débute par la névralgie du trijumeau et par les dysesthésies, dans le territoire frontal, oculaire et nasal de ce nerf. Si le zona fait suite, comme de règle, à un état morbide tenant le malade au lit depuis quelques jours, c'est encore le médecin traitant qui assistera au début de l'éruption. Il demandera l'assistance d'un oculiste si les vésicules, par leur éclosion sur le bord des paupières ou sur la cornée même, rendent particulièrement pénible et compromettant le zona au point de vue oculaire; mais, si la surface de l'œil ou des annexes est indemne, si la sensibilité de la région n'est pas atteinte, le médecin pourra croire tout danger conjuré pour l'appareil oculaire, sans se méfier de la complication de névrite optique, qui n'est certes pas la moins grave. L'examen ophtalmoscopique devrait donc être réclamé dans chaque cas de zona ophtalmique, d'autant plus que les débuts d'une névrite optique papillaire peuvent évoluer complètement à l'insu du malade sans aucun trouble fonctionnel, et que, d'autre part, le diagnostic précoce est d'une importance capitale pour le pronostic et le traitement. — (Société de médecine pratique, séance du 22 janvier 1903, in *Journal de médecine de Paris*, 8 février 1903.)

Dr A. Yvert.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GOZZANO. — Cas de cataracte par fulguration (*Giornale medico esercito*, février 1902).

PASCALE. — De la dissimulation et de la simulation de la cécité pour les couleurs (*Annali di medicina navali*, février 1902).

A. TROUSSEAU. — Diagnostic et traitement de l'iritis (*Bulletin médical*, 30 avril 1902).

HOURMOUZIADES. — La conjonctivite granuleuse. Préface du Dr A. Trousseau (Paris, Société d'éditions scientifiques).

BOURGEOIS. — De la réalisation de la plus grande somme de sécurité pour le succès des opérations oculaires (*Union médicale du Nord-Est*, 15 juin 1902).

ROHMER. — La prothèse oculaire perfectionnée par les injections sous-conjonctivales de vaseline (*Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1902).

TROUSSEAU. — Les blépharites (*Gazette des hôpitaux*, 4 juin 1902).

R. JOCQS. — Pronostic du rétrécissement hémiopique du champ visuel dans le tabes (*Bulletins et Mémoires de la Société médico-chirurgicale de Paris*, séance du 24 mars 1902).

BELLENCONTRE. — Huile hyperiodée en thérapeutique oculaire (*Progrès médical*, 16 août 1902).

A. TERSON. — Les iritis syphilitiques tardives (*Journal des praticiens*, 23 août 1902).

VALENTINO. — Rétrécissement du champ visuel chez les rachitiques (*Presse médicale*, 1902, n° 61).

GAUTIER. — Médications thyroïdiennes du goitre exophtalmique (*Journal des praticiens*, 1902, p. 449).

DE LAPERSONNE. — Le traitement du strabisme (*Presse médicale*, 1902, n° 61).

TERRIEN. — Du ptosis d'origine traumatique. Signification et valeur pronostique (*Progrès médical*, 1902, p. 33).

CHEVALLEREAU. — L'ophtalmologie dans la pratique journalière (*Bulletin médical*, 1902, n° 805).

TERRIEN. — Conduite à tenir en présence des affections sympathiques de l'œil (*Journal des praticiens*, 20 septembre 1902).

YVERT. — A propos des blessures de l'œil par grains de plomb (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 16 octobre 1902).

Dr A. YVERT.

THÈSES RELATIVES A L'OPHTALMOLOGIE

(Année 1901-1902.)

FACULTÉ DE PARIS

HIDERS. — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique.

JOURDONNE. — Des névralgies d'origine paludéenne.

FORTIN. — Des plaies de la cornée, causes de la myopie.

LE PRIEUR. — Sur les aphasies sensorielles; la cécité et la surdité verbales pures.

FACULTÉ DE LYON

ALMÉS. — De l'emploi thérapeutique de l'aniodol, n° 4.

VAN MÉRIS. — De la résection du trépied orbitaire externe dans la chirugie de l'orbite et de la face, n° 24.

BUMAT. — Contribution à l'étude des paralysies oculaires d'origine toxique; paralysie d'origine saturnine et alcoolique, n° 62.

BOVIER-LAPIERRE. — Panophtalmie et méningite cérébro-spinale, n° 155.

FACULTÉ DE BORDEAUX

DUFOURT. — Du traitement médical des cataractes par les préparations iodurées.

AUBARET. — Recherches sur les origines réelles des fibres optiques; la papille et le nerf optique.

MURAT. — De l'imperforation et du rétrécissement des voies lacrymales chez les enfants en bas âge.

REY. — L'adrenaline en ophtalmologie.

LEGAL. — Kératite interstitielle et kératites interstitielles.

MOYZÈS. — Recherches sur l'état des réflexes tendineux, des réflexes cutanés, des réflexes pupillaires et de quelques sensibilités viscérales profondes dans le diabète.

GLOAGUEN. — L'acuité visuelle; les vices de réfraction; la vision des couleurs.

LEVET. — La greffe oculaire.

EBERLÉ. — Du cysticerque sous-conjonctival.

FRANCESCHETTI. — Étude sur la paralysie faciale congénitale compliquée de paralysies oculaires.

TOURNADOUR. — Des manifestations syphilitiques héréditaires du tractus uvéal.

Le Moignic. — Orthoscopie oculaire; orthoskascopie.

Mouzels. — Étude clinique des complications orbitaires des dacryocystites.

Koun. — De la kératomalacie.

Le Roy. — Cataractes compliquées; indications, contre-indications.

Kerneis. — Étude sur la cécité hystérique, n° 55.

De Fornel. — Contribution à l'étude de quelques variétés de glaucomes secondaires et de leurs phénomènes éloignés, n° 75.

Robin. — De la surdi-cécité et des moyens employés pour communiquer avec les personnes atteintes de surdi-cécité, n° 84.

FACULTÉ DE NANCY

Bichat. — La sympathectomie dans le traitement du glaucome, n° 9.

Clause. — La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et l'appareil de la vision, n° 5.

Gisselbrecht. — Contribution à l'étude des métastases oculaires infectieuses, n° 21.

Hambartzmoumian. — Accidents méningitiques consécutifs aux corps étrangers et blessures de l'orbite, n° 20.

FACULTÉ DE TOULOUSE

Balmelle. — De l'inégalité pupillaire dans les anévrysmes artériels et les affections du cœur.

Boïadjeff. — La réaction dite paradoxale de la pupille.

Dr A. Yvert.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE ET FORMULAIRE

Aspirine et son action dans les iritis rhumatismales, par le Dr Galezowski. — Cette préparation chimique, que nous avons expérimentée dans les iritis rhumatismales, a une composition chimique suivante (d'après M. J. Noë[1], CO. CH^3), qui n'est autre

1. J. Noé, Médicaments nouveaux; aspirine (*Archives générales de médecine*, janvier 1903).

chose que l'acide acétyl-salicylique. Soluble dans l'eau dans la proportion de 1 p. 100, il peut être avantageusement employé dans le traitement des affections rhumatismales des yeux, aussi bien administré à l'intérieur à la dose de 25 ou 50 centigrammes, que localement dans l'œil sous forme d'un collyre, à la dose de 15 ou 20 centigrammes pour 10 grammes d'eau.

D'après M. Noé, l'aspirine est un analgésique et antithermique, au même titre que l'acide salicylique. Selon les docteurs Renon et Latron[1], la température baisse en une seule journée de 1° à 3°. Cette même propriété antithermique a été confirmée par des recherches plus récentes de M. le Dr Cybulski[2].

C'est surtout dans les affections rhumatismales blennorragiques que l'aspirine a été expérimentée à l'étranger.

Pour moi, son action est efficace surtout dans les iritis rhumatismales blennoragiques, dans les sclérites goutteuses, arthritiques, dans les névralgies de la cinquième paire. Dr GALEZOWSKI.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

CONGRÈS DE 1903, 20e année.

La prochaine réunion de la Société aura lieu cette année le lundi 4 mai à 8 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Le titre du rapport de cette année est :

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite.

M. LAGRANGE, de Bordeaux, rapporteur.

Nous apprenons que sir Ernest Cassel vient d'accorder une somme d'un million de francs pour la création en Egypte de polycliniques ophtalmologiques dans les provinces et de deux hôpitaux au Caire et à Alexandrie pour le traitement des granuleux; cette décision qui honore le bienfaiteur si connu a été prise à la suite des conclusions du rapport présenté par le Dr Elouy Bey au dernier congrès du Caire.

1. Renon et Latron, Soc. méd. des hôpitaux, 22 juin 1900.
2. *Therap. der Gegenvart*, sept. 1902.

Le Gérant : FÉLIX ALCAN.

0200. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — MOTTEROZ, dir.

CYSTICERQUE SOUS-RÉTINIEN

DE LA RÉGION DE LA MACULA

(Avec une planche hors texte)

PAR

Le Dr GALEZOWSKI [1]

L'existence du cysticerque dans les membranes internes de l'œil constitue un fait tellement rare, qu'en présence des symptômes qui se présentent chez les malades atteints de cette altération, on est souvent embarrassé de se prononcer au premier abord sur le diagnostic réel de la maladie. Ce n'est qu'après des études successives et prolongées de tous les symptômes qui apparaissent aussi bien dans le fond de l'œil qu'à l'ophtalmoscope, qu'en comparant soigneusement tous les signes fonctionnels du mal, avec les autres maladies du fond de l'œil, qu'on a le droit de se prononcer, d'une manière certaine sur la nature réelle du produit morbide.

Observation.

Cysticerque sous-rétinien de la macula droite. — M. H..., âgé de 20 ans, sellier de son état, fortement constitué et jouissant toujours d'une bonne santé et n'ayant jamais accusé d'accidents constitutionnnels syphilitiques, s'était aperçu dix-huit mois avant de venir me consulter, que la vue de son œil droit était devenue louche et trouble; les objets qu'il voulait fixer paraissaient fortement voilés en face. Sur le côté, et à côté du point de fixation, la vision s'éclaircissait très sensiblement. Par moment, le malade

1. Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie de Paris, séance du 13 juin 1900.

apercevait devant cet œil des éclairs et des lumières en zigzags.

C'est le 4 mai 1900, que M. H... est venu me consulter pour la première fois, et voici l'état dans lequel j'avais constaté son œil malade.

A l'extérieur, il paraissait presque normal, sauf que la pupille était un peu plus dilatée que du côté gauche. L'acuité visuelle centrale en était très fortement diminuée, et c'est à peine s'il pouvait en distinguer les caractères n° 10 de mon Échelle optométrique, et, par conséquent, la vision était $V = 1/10$, en raison d'un scotome central, recouvrant les objets placés en face sur une étendue de 6 centimètres dans le diamètre horizontal, et sur 5 centimètres dans le diamètre vertical.

L'examen ophtalmoscopique était très intéressant à établir. Malgré l'aspect normal de la papille optique, ressemblant à l'image renversée à l'œil sain, on constatait facilement sur la macula de l'œil malade, une grosseur blanche grisâtre, nettement accentuée, faisant saillie dans le corps vitré et non recouverte de vaisseaux.

Cette tumeur n'était autre qu'un cysticerque. Il était rond, saillant, de la grandeur de la papille optique, muni de quatre brides blanches sur le côté, comme l'indique la figure (Voir la planche I). Elle présente une sorte de vésicule ronde, lisse, de couleur blanche, luisante vers le centre. Sur le pourtour, cette grosseur accuse une teinte légèrement grisâtre formant comme une sorte d'anneau gris-bleuâtre doublée d'un anneau blanc laiteux.

Ce disque rond, qui est constitué par un cysticerque, paraît être fixé à droite et à gauche par quatre pattes, aux tissus voisins.

Ce qui donne de l'importance à mon diagnostic, c'est qu'à la partie supérieure de la vésicule, on aperçoit un col cylindrique avec une tête au bout, formant une tête de l'animalcule. Il est mobile, s'allonge et s'avance par moments vers le milieu du corps vitré et par moment au-devant de la rétine. Le reste de la choroïde est sain.

Galezowski, del. — A. Bénard lith.

Cysticerque de la Macula

Felix Alcan, Editeur. — Imp. Lemercier, Paris

Le corps vitré, pendant très longtemps, ne présentait aucun trouble et conservait sa complète transparence. Mais après un mois d'observations attentives, nous reconnaissons que l'animalcule s'avance, s'étend de haut en bas, et provoque des flocons très fins dans le corps vitré, ce qui augmente davantage le trouble de la vue.

Après avoir dilaté la pupille avec l'atropine, j'ai pu démontrer le fond du malade à quelques-uns de nos confrères de la Société de chirurgie, à la séance du 13 juin 1900, présidée par le Dr Reclus[1].

Cette observation ressemblait, sous tous les rapports, à l'histoire du malade du Dr Kuhnt[2], dont le prof. Panas donna quelques détails dans son *Traité des maladies des yeux*[3].

Je me propose de pratiquer l'opération de ce cysticerque de la manière suivante :

Après avoir sectionné la capsule de Tenon près du droit externe, je chercherai à saisir et attirer le globe de l'œil, en dedans, puis je me propose de sectionner la sclérotique et la choroïde dans une étendue de 1 centimètre, en face du cysticerque. La choroïde, qui fera une saillie dans la plaie, contiendra probablement l'animalcule, que j'exciserai ou cautériserai avec le galvano-cautère.

Ce n'est qu'après un mois qu'on pourra juger du résultat définitif de l'opération.

Dr Galezowski.

1. Société de chirurgie de Paris, juin 1900.
2. Kuhnt, *Knapptel Schweigger-Archiven*, 1892.
3. Panas, *Traité des maladies des yeux*, 1893.

DEUX CAS D'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

PAR

Le Dr VALOIS (de Moulins)

Depuis longtemps le mercure a été employé dans le traitement des ophtalmies sympathiques sous forme soit de frictions soit d'injections. Les résultats souvent bons ont été parfois insuffisants surtout dans les ophtalmies sympathiques à forme d'iritis séreuse ou de choroïdite qui aboutissent fatalement à des lésions graves de l'œil sympathisé et à la cécité absolue. Il semblerait que l'insuffisance des effets de cette médication est due surtout à son mode d'administration qui ne permet qu'une absorption très réduite. Il faut en effet en arriver à une imprégnation totale de tout l'organisme pour que l'organe atteint ressente les bons effets du médicament. Il était donc naturel de penser que la porte même par laquelle était entré l'agent infectant devait être aussi celle par laquelle pénétrerait le remède, et MM. Darier et d'autres au Congrès d'ophtalmologie de 1900 rapportaient que devant le peu de résultats donnés par cette médication générale, ils n'avaient pas hésité à porter le médicament directement au sein de l'organe sympathisant. Ils avaient donc fait des injections de sels mercuriques dans le tissu cellulaire de l'orbite de l'œil sympathisant énucléé. M. Darier n'avait même pas craint d'y joindre des injections sous-conjonctivales et intra-ténoniennes de sublimé dans l'œil sympathisé.

Depuis ces deux très intéressantes communications, nous n'avons rien retrouvé dans la littérature ophtalmologique concernant ce sujet. Aussi avons-nous pensé qu'il était intéressant d'apporter ici deux cas de guérison d'ophtalmies

sympathiques graves obtenues par des injections intra-orbitaires de sels mercuriels. Nous nous croyons d'autant plus autorisé à les publier qu'avant d'en arriver à ce traitement, nous avions épuisé toutes les médications en usage sans résultats et que l'amélioration chez nos deux malades a très exactement coïncidé avec la première injection.

Dans les deux cas l'énucléation, loin d'apporter une amélioration, avait presque semblé donner un coup de fouet à la maladie.

Mais l'exposé des faits, mieux que ce que nous pouvons dire, prouvera la vérité de ce que nous avançons.

Observation I.

Mlle B... s'était présentée il y a quatre ans à ma consultation se plaignant de diminution de la vision de son œil gauche. Je constate des taies anciennes de la cornée, des dépôts blancs à la surface de la cristalloïde antérieure. La vision est réduite à V= 3/10. Elle avait eu il y a quelque temps une kératite à hypopyon. Pendant trois ans je ne revis plus la malade. Dans l'intervalle, une iridectomie avait été faite; l'œil était devenu staphylomateux à la suite de cette opération. De temps en temps cet œil staphylomateux devenait rouge, douloureux; de l'autre côté il y avait même parfois un peu d'injection périkératique. Quelques gouttes d'atropine suffisaient pour faire disparaître ces accidents et permettre à la malade de reprendre ses travaux. Je lui proposai d'énucléer l'œil staphylomateux; cette opération fut refusée et je ne revis la malade qu'un mois après. Elle avait de vives douleurs des deux côtés; la vision avait sensiblement diminué. Du côté de l'œil sain l'humeur aqueuse était devenue très trouble, il y avait des synéchies postérieures des dépôts à la face postérieure de la cornée dans sa partie inférieure. On ne constatait pas de troubles du corps vitré. Mon premier soin fut d'énucléer l'œil staphylomateux en réséquant le nerf optique le plus loin possible. Dans l'œil

sympathisé des instillations d'atropine furent faites et en même temps je fis chaque jour une injection générale de cyanure d'hydrargyre. Malgré tout la vision diminuait tous les jours au point de ne plus être que de 2/10 faibles. Les dépôts à la face postérieure de la cornée deviennent de plus en plus abondants, il y a même quelques flocons du corps vitré. C'est alors que je me suis décidé à faire une injection de cyanure d'hydrargyre dans le tissu cellulaire de l'orbite du côté énucléé. J'injectai six gouttes d'une solution de un centigramme pour un centimètre cube. Cette injection fut très douloureuse et produisit un œdème considérable de toute la moitié de la face. Le lendemain la vision s'était considérablement améliorée et la malade voyait 4/10 et pouvait lire des caractères de journaux. J'insiste sur cette amélioration brusque et rapide. Mais elle dura peu et dès le soir elle n'existait plus. Cinq injections furent faites à deux jours d'intervalles, amenant toujours une amélioration réelle mais passagère.

A ce moment la tension intra-oculaire devint très élevée et il fallut faire quelques instillations d'ésérine. En même temps je continuai les injections générales de cyanure d'hydrargyre et de temps en temps les injections intra-orbitaires.

Nous passons alors par des alternatives de tension exagérée combattue par l'ésérine et la surrénaline et de poussées d'iritis avec synéchies postérieures auxquels cas l'atropine était prescrite en surveillant attentivement la tension. A ce moment j'ai parfois songé à faire une iridectomie, mais l'exemple de l'autre œil m'en a toujours empêché.

Peu à peu les dépôts fins à la face postérieure de la cornée disparurent, la vision commença à s'améliorer; les synéchies postérieures disparurent et la dilatation par l'atropine devint régulière.

Les injections générales de cyanure et les injections intra-orbitaires furent supprimées et j'ordonnai l'iodure de potassium à l'intérieur qui eut l'inconvénient de faire rougir l'œil et provoquer du larmoiement.

Je me contentai donc de prescrire des instillations de collyre à l'iodure de potassium.

Il n'y avait plus que un ou deux dépôts à la face postérieure de la cornée. L'œil était devenu très éclairable et la vision égale à 6/10.

L'amélioration continua à se faire au point qu'actuellement la malade (employée aux postes et télégraphes) a pu reprendre son service et son acuité visuelle est égale à V=1.

Le second cas que nous avons eu à observer a été plus démonstratif encore.

Observation II.

M. B... arrive à la clinique de l'hôpital de Nevers présentant une blessure oculaire à gauche produite par un éclat de verre. Il y avait une plaie tranchante de la cornée à l'union du limbe scléro-cornéen. Un prolapsus de l'iris fut réséqué, une cataracte traumatique se produisit.

L'œil blessé resta rouge très longtemps, il y avait de vives douleurs péri-orbitaires et oculaires. L'atropine calmait les douleurs mais l'injection périkératique ne disparaissait pas. Il y avait des synéchies postérieures.

Un mois après l'accident, l'œil droit devint rouge à son tour et en peu de temps un iritis sympathique s'était déclaré.

La diminution de la vision me décida à énucléer l'œil blessé. Malgré cette opération la vision continue à diminuer de plus en plus. L'humeur aqueuse est très trouble, il y a de la descemétite. L'atropine, les applications de compresses chaudes; les dérivatifs, les injections générales de cyanure d'hydrargyre faites tous les jours ne donnent aucun résultat. La vision arrive à n'être plus que de 1/10. L'œil est très rouge, il y a du chémosis, de l'œdème des paupières, des douleurs oculaires très vives.

C'est alors que je fais dans l'orbite de l'œil énucléé une injection d'une demi-seringue de cyanure d'hydrargyre qui fut, comme dans le cas précédent, très douloureuse.

Chez ce malade, j'insiste beaucoup sur ce point, dès le lendemain de l'injection, les douleurs étaient beaucoup moins vives. Le chémosis et l'œdème des paupières avaient disparu. Cette transformation fut très rapide et il est impossible de ne pas l'attribuer à l'injection étant donné le peu de résultat des médications antérieures. En très peu de temps, l'injection périkératique avait diminué et même totalement disparu.

La pupille se dilatait par l'atropine d'une façon normale. Mais la vision fut très longue à se rétablir.

Les injections intraorbitaires sont continuées pendant quinze jours, trois par semaine, produisant toujours des douleurs très vives et de l'œdème des paupières.

Elles furent remplacées par des injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre en raison de la douleur insupportable qu'elles provoquaient.

Au bout d'un mois la vision était de 5/10.

L'injection périkératique et les douleurs avaient totalement disparu.

Un œil artificiel fut alors placé dans l'orbite de l'œil énucléé. La coque oculaire gênait un peu le malade et quelques jours après une nouvelle poussée de descemétite se produisit.

L'œil de verre fut enlevé, je fis une injection intraorbitaire de cyanure et des instillations de sublimé dans la cavité énucléée. De plus les injections intraveineuses de cyanure furent reprises. Dix jours après cet accident la descemétite avait disparu, et la vision était égale à 8/10. Les dépôts à la face antérieure de la cristalloïde s'étaient résorbés.

Ce dernier accident me semble complètement imputable à la prothèse, soit que l'œil de verre ait produit une irritation mécanique soit qu'il ait infecté la cavité orbitaire. C'est pourquoi je n'ai pas hésité à faire une nouvelle injection intraorbitaire de cyanure.

Tels sont les deux cas que nous avons eu à observer dans le traitement desquels nous avons agi complètement selon

les idées que M. le professeur Bouchard exprimait récemment au Congrès du Caire : « Si une médication générale exerce une action spécifique curative, on pourrait limiter l'administration du remède exclusivement au tissu qui est atteint; on pourrait tenter le traitement en injectant dans le lieu affecté le médicament qui se montre efficace quand on le répand dans toute l'économie. » Dans le traitement de l'ophtalmie sympathique la médication mercurielle sous forme d'injections ou de frictions nous a donné les meilleurs résultats, le mercure agissant comme antiseptique général.

Étant donné les idées que nous avons actuellement de la nature infectieuse de l'ophtalmie sympathique, il était rationnel de porter le remède *in loco*. L'infection ayant pénétré par l'œil sympathisant, de ce côté devaient se tourner nos efforts. Dans nos deux observations nous avons eu à nous louer de cette méthode. Pour obtenir le même résultat, il aurait fallu saturer complètement tout l'organisme au risque de provoquer une intoxication générale avec tous ses ennuis et ses accidents. Enfin le résultat eût été beaucoup moins rapide, exposant par sa lenteur les malades à de nombreuses complications oculaires dont le terme final eût été la cécité. Remarquons en terminant que M. le professeur Bouchard, au même congrès, énumérant les conquêtes de la thérapeutique locale, voulut bien faire aux ophtalmologistes l'honneur de les citer comme ayant été les premiers à porter le médicament spécifique ou non spécifique dans le plus proche voisinage de la partie malade. « Je citais les ophtalmologistes qui ne portent pas seulement le mercure et l'iode au contact des membranes oculaires malades, qui appliquent près du foyer morbide l'atropine, l'ésérine, la pilocarpine; de même, dans la médecine interne, la thérapeutique locale n'est pas exclusivement spécifique et elle est ainsi physiologique. »

Depuis longtemps nous avons en effet pris l'habitude de mettre en contact avec l'organe que nous soignons les médicaments qui peuvent amener un résultat curatif sous forme de collyres. Mais ce mode d'absorption par les muqueuses

fut rapidement reconnu insuffisant et il fallut recourir à un procédé plus actif. Les injections sous-conjonctivales furent substituées à cette première méthode, donnant l'avantage d'une absorption plus grande et d'une durée plus longue. Les brillants résultats obtenus par cette méthode prouvèrent combien la voie dans laquelle nous nous étions engagés était bonne et à l'heure actuelle on peut discuter sur les petits inconvénients qu'offre le procédé dans son application mais non sur ses résultats.

GEORGES VALOIS.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 avril 1903

PRÉSIDENCE DE M. A. TERSON

M. PÉCHIN, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

M. MORAX, *secrétaire général*, communique une lettre du Dr Javal, qui donne sa démission de membre de la Société d'ophtalmologie.

Election d'un membre titulaire. — M. le Dr de Lapersonne est élu membre titulaire à l'unanimité des membres présents.

Election d'un membre correspondant national. — M. le Dr Houdart est élu à l'unanimité.

M. CAUDRON. **Neuro-rétinite à répétition survenue après l'ablation des ovaires.** — Messieurs, je désire vous présenter deux malades que j'ai eu l'occasion d'observer avec le Dr Duboys de Lavigerie et qui nous paraissent offrir un intérêt clinique.

Tout d'abord une femme âgée de 30 ans, dont nous devons l'histoire pathologique à l'obligeance de son médecin, M. le Dr Cels.

Réglée à 11 ans et toujours régulièrement, elle était mariée depuis deux ans environ, sans enfants, quand elle commença à se plaindre de douleurs abdominales.

Elle fut examinée par un chirurgien qui diagnostiqua un fibrome utérin et pratiqua à la fin de l'année 1900, l'ablation de l'utérus et de ses annexes.

Dix-huit mois plus tard, apparurent des troubles nerveux variés : Bouffées de chaleur, sueurs profuses, douleurs de reins, maux de tête, migraines avec vomissements, crises de larmes, embarras momentané de la parole... etc.

Au mois de novembre dernier, elle accusa des troubles de la vue.

L'examen ophtalmoscopique démontra une névrite optique double avec stase papillaire plus prononcée à gauche.

Depuis cette époque, les poussées de névrite optique reviennent périodiquement.

Dans l'intervalle des poussées la circulation rétinienne s'améliore mais ne redevient pas absolument régulière.

L'acuité visuelle se rapproche de la normale, sauf pour l'œil gauche où il existe de petites hémorragies.

Il en est de même du champ visuel.

L'examen des urines, pratiqué à plusieurs reprises a toujours été négatif.

En l'absence d'autres symptômes, il nous a paru qu'il pouvait exister une relation de cause à effet entre la suppression des fonctions menstruelles et les stases papillaire périodiques.

Le second malade est un homme âgé de 35 ans, de constitution robuste. Il est hypermétrope et possédait une acuité visuelle normale jusqu'au mois de mai 1902.

A cette époque, il s'aperçut que la vue de son œil gauche baissait sensiblement.

Je l'examinai au mois d'août et constatai un soulèvement de la moitié inférieure de la rétine, acuité visuelle réduite à 1/50; le champ visuelle fait défaut dans toute la moitié supérieure.

Le malade étant syphilitique, je le soumis, d'accord avec mon confrère le Dr Duboys de Lavigerie à une cure d'injections intramusculaires de cyanure d'hydrargyre, puis au traitement ioduré. Le résultat fut absolument négatif.

Les traitements habituels du décollement furent également sans effet.

Depuis un mois, nous avons constaté que l'œil présente un certain degré d'hypertonie et le malade se plaint de douleurs de tête. Ces symptômes, et l'aspect ophtalmoscopique du soulèvement qui n'a jamais été flottant, nous font craindre la présence d'un néoplasme.

Tels sont les deux cas sur lesquels nous serions heureux d'avoir votre avis.

Le diagnostic, malgré les apparences, pouvant prêter matière à discussion utile.

M. A. DARIER. **Deux nouvelles préparations d'argent absolument indolores : Argyrol, Collargol; leurs indications en thérapeutique oculaire.** — Nier la supériorité des préparations organiques d'argent sur la trop caustique pierre infernale n'est plus raisonnable aujourd'hui. Qu'on dise qu'avec des solutions plus ou moins diluées de nitrate d'argent un praticien *très expérimenté* peut obtenir tous les effets qu'il voudra, je le concède.

Et cela à bien meilleur marché qu'avec les produits nouveaux, c'est encore vrai, mais demandez au client combien il lui en cuit?

Vous m'objecterez que le protargol est encore assez douloureux, c'est vrai et l'argentamine l'était plus encore. Aussi suis-je heureux de vous présenter aujourd'hui deux nouveaux sels d'argent absolument indolores, même en applications très concentrées, et sur la cornée et sur la conjonctive. C'est vraiment surprenant! et j'en ai été moi-même tout émerveillé. Car, vous le savez, quand on dit qu'une substance quelconque appliquée dans l'œil est absolument indolore, on fait un euphémisme. Une goutte d'eau distillée produit déjà une impression désagréable, une goutte de collyre à la cocaïne est cuisante, vous le savez; mais nous sommes convenus de considérer ces substances comme indolores, si nous les comparons à l'action irritante du sulfate de zinc, du nitrate d'argent ou du sulfate de cuivre.

Eh bien! messieurs, les nouveaux sels dont je vous parle sont d'une application bien moins douloureuse que la cocaïne ou même que l'eau distillée. C'est là un fait bien difficile à concilier avec une action astringente et antiseptique puissante.

Instillée entre les paupières, une goutte de solution à 25 p. 100 d'argyrol se répand rapidement en une couche jaune-ocre sur la cornée et la conjonctive, le malade se plaint de voir jaune pendant un instant, mais n'accuse aucune autre douleur. Cependant, au bout de quelques minutes, certaines personnes se sont plaintes d'avoir éprouvé une certaine gêne, une certaine raideur, un peu de sécheresse de l'œil. Il est probable que l'action astringente de l'argent est cause de cette gêne par action sur l'épithélium de la cornée et de la conjonctive. Essayez vous-mêmes, messieurs, et vous en serez tout surpris.

Voyons maintenant quelle est l'action thérapeutique du nouveau sel comparée à celle du protargol et quels sont ses avantages et ses points faibles.

Si nous consultons la littérature, encore très rare, sur l'emploi

de l'argyrol, nous y trouvons déjà des observations qui semblent si prodigieusement favorables qu'il nous est difficile de les admettre sans commentaires.

Aussi me permettrai-je d'abord d'examiner comparativement son action avec celle du protargol, dont le maniement m'est familier depuis cinq ou six ans que je l'emploie avec plein succès à l'exclusion du nitrate d'argent. Vous savez que j'ai pour le protéinate d'argent une affection toute paternelle, eh bien ! messieurs, je crois pouvoir vous dire que ses jeunes rivaux le supplanteront dans beaucoup de ses applications. Mais, je puis le dire d'ores et déjà, le protargol conservera une bonne partie de ses indications spéciales.

J'ai d'abord essayé l'argyrol dans plusieurs cas de dracryocystite. Vous savez quels beaux résultats ont été obtenus par le protargol introduit dans les voies lacrymales, soit en solution, soit en bougies, vous savez aussi que parfois il provoque des douleurs assez vives et une réaction inflammatoire assez marquée surtout quand il y a érosion de la muqueuse (réaction infiniment moins violente pourtant que celle produite par le nitrate d'argent).

Dans plusieurs cas de dacryocystite, j'ai injecté des solutions d'argyrol à 2, 5 et 10 p. 100 sans provoquer la moindre gêne et la moindre cuisson; en quelques jours, la sécrétion, soit muqueuse, soit purulente, était tarie; mais les injections ont toujours dû être, pour le protargol, continuées pendant plusieurs jours, puis espacées de plus en plus pour éviter les rechutes si fréquentes dans cette tenace affection.

Dans quelques cas de larmoiement de date récente, j'ai même pu amener soit une amélioration notable, soit une guérison par de simples instillations avec un collyre à l'argyrol 25 p. 100. Or, vous le savez, ces instillations absolument indolores peuvent être répétées aussi fréquemment que vous le voudrez. Au bout de quelques minutes le malade mouche des mucosités teintes en brun par l'argyrol si les voies lacrymales sont encore un tant soit peu perméables et s'il ne s'agit, comme c'est le plus souvent le cas, que d'un léger catarrhe du canal, la guérison n'est pas longue à se produire.

Mais quand l'écoulement de l'argyrol ne se fait pas par le nez, il est nécessaire d'injecter la solution dans le canalicule lacrymal, et après deux ou trois injections le larmoiement peut guérir sans qu'il soit nécessaire de pratiquer le cathétérisme, toujours si pénible.

Dans les cas d'ophtalmoblennorrhée que j'ai soignés avec l'argyrol, j'ai obtenu une cessation très rapide de la sécrétion purulente par de simples instillations à 25 p. 100 répétées toutes les

heures. Le lendemain l'enfant ouvrait les yeux et la guérison s'établissait avec une rapidité que je n'avais encore jamais obtenue même avec le protargol.

N'ayant pas fait l'examen microscopique de la sécrétion pourtant franchement purulente de ces cas, je ne puis tirer actuellement aucune conclusion ferme de ces quelques observations. Elles nous ont encouragé seulement à continuer nos essais et confirment notre espérance d'avoir enfin à notre disposition un moyen absolument indolore et inoffensif capable de guérir certaines ophtalmies purulentes avec une grande rapidité.

Nous pouvons donc espérer obtenir par ce moyen absolument inoffensif des résultats plus brillants encore que par le protargol. Le nitrate d'argent sera réservé aux cas extrêmement rares où les autres sels d'argent se seront montrés insuffisants.

Quant à la prophylaxie de l'ophtalmie purulente, elle a par la méthode de Crédé acquis droit de cité dans toutes les maternités. Mais le nitrate d'argent à 2 p. 100 instillé dans l'œil d'un nouveau-né n'est pas toujours inoffensif; il provoque parfois une irritation très violente, parfois même des escharres conjonctivales et cornéennes et souvent une sorte de conjonctivite traumatique qui peut faire croire à un début d'ophtalmoblennorrhée.

Aucune de ces complications n'est à redouter avec le protargol, ainsi que le prouve un récent et fort intéressant travail de M. le Dr Veverka[1].

A la Maternité de Prague, pendant l'année 1901 sur 1,100 naissances il ne se produisit aucune ophtalmoblennorrhée alors que les années précédentes, avec la méthode de Crédé, il y en avait eu 2 p. 100. — C'est là une différence énorme et tout à l'avantage du protargol; or, quand l'argyrol aura été mis à l'épreuve dans ces cas, les résultats seront aussi bons, j'en suis persuadé.

En présentant un nouveau sel d'argent, je sais que je vais auvant de bien des objections : Si le protargol était si bon, pourquoi chercher mieux? Mais l'argentamine était déjà mieux que le nitrate d'argent, le protargol était mieux que l'argentamine, l'argyrol sera mieux encore; mais il ne sera pas encore la perfection, dont il est de notre devoir d'approcher le plus possible. Il nous restera toujours à trouver l'antitoxine du gonocoque qui nous permettra de juguler l'ophtalmoblennorrhée comme nous jugulons aujourd'hui la diphtérie.

En attendant ce beau jour, nous devons étudier avec intérêt toutes les nouvelles découvertes qui peuvent contribuer au per-

1. Voir *La Clinique ophtalmologique*, 1903, n° 7.

fectionnement et à l'enrichissement de notre arsenal de thérapeutique oculaire locale.

J'ai dans ma petite pharmacie à moi une très grande quantité de produits nouveaux dont je n'ai jamais parlé, parce que je ne les ai pas trouvés ayant les qualités vantées que j'attendais d'eux. C'est que je n'aime pas les publications négatives qui sont le plus souvent antiscientifiques et qui ne prouvent qu'une chose, c'est qu'on n'a pas réussi où d'autres ont obtenu des succès; il va sans dire que je ne parle pas des produits pour lesquels il est fait une réclame aussi peu intéressante qu'elle est intéressée.

Je vous ai pourtant déjà entretenu de pas mal de produits nouveaux qui tous ont conservé une place honorable en ophtalmologie : la lanoline, la colchicine, l'aspirine, l'euphtalmine, l'acoïne, la dionine, l'argentamine, le protargol, le jéquiritol, l'adrénaline et enfin le méthylatropine que je crois appelé à remplacer l'homatropine et l'euphtalmine dans la majorité de leurs applications.

Depuis des années, j'étais en possesion de cet intéressant sel d'argent que Crédé a introduit dans la pratique. J'avais en 1897 ou 1898 accueilli avec enthousiasme la pommade de Crédé au collargol, qui me paraissait devoir, en bien des cas, remplacer l'onguent napolitain si employé en ophtalmologie mais si redouté des clients.

La difficulté d'obtenir à Paris ce fameux onguent et le peu de résultats que j'avais obtenus de ces frictions dans différentes iritis ou iridochorodites m'avaient fait garder le silence. Sans doute les frictions avaient été mal faites par mes malades.

Et puis le collargol n'avait pas encore été employé en injections intraveineuses. Or ce mode d'application lui a donné un puissant regain d'actualité en montrant expérimentalement sur des chevaux atteints d'infections graves que l'efficacité de ce nouveau sel d'argent est des plus évidentes.

Les résultats obtenus en pathologie humaine dans les infections puerpérales, dans les pneumonies graves, les fièvres typhoïdes pernicieuses, etc., ont confirmé en tous points les assertions de Crédé.

A la suite de la dernière publication de Netter, j'ai repris aussitôt mes recherches interrompues sur le collargol. Je fus surpris tout d'abord de sa solubilité parfaite dans l'eau distillée jusqu'à la proportion de 25 p. 100.

Les solutions d'un brun noir, un peu opalescentes, ne provoquent en instillations dans l'œil aucune sensation douloureuse.

Mon expérience relativement au traitement des conjonctivites par ces instillations est encore trop insuffisante pour qu'il me soit

permis de me prononcer à ce sujet. Certains auteurs s'en sont très bien trouvés, et les lavages avec des solutions à 1 p. 1,000, ainsi que les pansements avec ce même liquide auraient une action antiseptique très marquée, ainsi que le montrent d'intéressantes expériences faites pendant la dernière guerre de Chine par le Dr P. Meyer[1].

En revanche la solution à 1 p. 100 m'a donné de très bons résultats en injections dans le sac lacrymal comme traitement des dacryocystites. Ce liquide est parfois pourtant un peu plus irritant que l'argyrol dont nous avons parlé il y a un instant.

J'ai fait également avec succès des injections interstitielles de collargol dans des anthrax, dans des gommes scrofuleuses, etc. Le pouvoir antiseptique du collargol m'a paru des plus évidents.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'employer le collargol en injections intraveineuses; ce mode d'application n'a été du reste que très peu mis en usage, que je sache, dans les infections oculaires.

Le Dr Trousseau[2] vient de publier trois cas fort intéressants d'infections oculaires des plus graves guéries avec une rapidité extraordinaire à la suite de frictions générales à l'onguent de Crédé. La voie est donc ouverte et il est probable que prochainement nous aurons de nouvelles publications sur ce sujet.

Pour ma part, j'ai essayé des injections sous-conjonctivales de collargol à 1 p. 100, 1 p. 500 et 1 p. 1,000 les résultats que j'ai obtenus sont encourageants, mais il ne sont pas encore assez nombreux pour être publiés.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire à propos des nouvelles combinaisons d'argent qui sont venues apporter un appoint important à notre arsenal de thérapeutique.

M. Valude. — J'ai essayé le collargol dans trois circonstances. Un premier cas était une panophtalmie traumatique suraiguë et extrêmement virulente. Deux frictions de la pommade de Crédé sont restées sans résultat, et j'ai dû pratiquer l'éviscération. Dans un second cas, une choroïdite purulente, d'origine purulente également, mais moins grave, le collargol sous la forme de pommade est demeuré aussi inefficace. Dans une troisième circonstance, il s'agissait d'opérer de la cataracte une dame atteinte de dacryocystite purulente. Après avoir amélioré les voies lacrymales par un traitement prolongé et pratiqué une iridectomie préalable, je procédai à l'extraction en faisant faire en même temps à ma malade une friction au collargol. Les suites de l'opération ont été

1. Voir *La Clinique ophtalmologique*, 1903, n° 5.
2. *La Clinique ophtalmologique*, 1903, n° 5.

favorables, et malgré un retour offensif de la dacryocystite, l'œil ne s'est pas infecté.

M. VACHER. — Je me sers du collargol depuis les premiers travaux publiés en France. J'en ai obtenu de très bons résultats. A Orléans il a été employé par beaucoup de mes confrères et sous toutes ses formes : pommades, collyres, injections intraveineuses. Nous avons obtenu avec ce nouvel agent, des résultats inespérés.

A propos des injections intraveineuses, je voudrais ajouter un mot au sujet de leur action et du mode opératoire. Je les emploie très souvent, et je me sers du procédé indiqué dans la thèse du Dr Bouzitat. Jamais je n'ai observé le plus léger accident. J'ai injecté jusqu'à trois centimètres cubes de la solution de cyanure d'Hg à 1 p. 100. Ces injections ne sont jamais douloureuses si on les fait bien, c'est-à-dire si on ne transperce pas la veine, pour répandre autour d'elle quelques gouttes de la solution.

Naturellement, elles nécessitent une asepsie rigoureuse de la solution, de la seringue et de la région. Elles ne demandent aucun pansement ultérieur. On doit s'assurer qu'il ne reste aucune bulle d'air dans la seringue et dans l'aiguille.

La meilleure seringue est celle qui est toute en verre. Lorsqu'on a ponctionné pour s'assurer que la pointe de l'aiguille est bien dans le vaisseau, il suffit d'attendre quelques secondes, sans tirer sur le piston, le sang ne tarde pas à refouler un peu du liquide qui se trouve dans l'aiguille et à venir dans la seringue. Dès qu'on le voit il faut enlever le lien qui comprime le bras et pousser l'injection très lentement.

On prépare un petit tampon d'ouate imbibé de solution antiseptique, qu'on applique sur la petite piqûre, au moment où on retire l'aiguille.

Lorsqu'on fait des injections intraveineuses de collargol, il est plus difficile de se rendre compte si l'aiguille a bien pénétré dans le vaisseau. J'emploie un moyen qui permet facilement de s'en assurer. J'aspire un peu d'eau stérilisée avant de faire la ponction. Cette eau remplit l'aiguille à l'extrémité de la seringue et l'on voit le sang qui vient s'y mêler. On est sûr alors de ne pas faire fausse route.

M. JOCQS. *Rapport sur un mémoire de M. le Dr* ROQUES *(de Cannes) intitulé:* **Sur les traumatismes de la cornée.** — Nous trouvons dans le travail de M. Roques deux observations très intéressantes où les accidents graves consécutifs à une plaie superficielle infectée de la cornée cédèrent rapidement à l'administration de l'aspirine.

Voici ces deux observations :

F... contremaître dans une usine, reçoit dans l'œil droit des débris de bois, provenant de vieilles poutres en démolition, poussés par un coup de vent violent. Le soir même, injection conjonctivale très marquée, troubles de la vision, douleurs locales assez vives. Son médecin habituel le soigne pendant un mois et demi environ, sans résultat, par atropine et traitement antiseptique. Il m'est alors adressé. Je constate une injection conjonctivale assez intense, trois ulcérations cornéennes et quelques adhérences de l'iris. Les douleurs périorbitaires, sans être très fortes, persistent toujours. Craignant que des corps étrangers ne soient restés incrustés dans l'épaisseur de la cornée, je fais un curettage des ulcérations aussi profond que possible et je fais instiller la pommade à l'atropine.

Les divers antiseptiques employés n'ayant au bout de douze à quinze jours, donné aucun résultat, ni au point de vue des phénomènes irritatifs, ni au point de vue douleur, je donne de l'aspirine — 2 grammes par jour — et dès le lendemain, l'injection conjonctivale, qui depuis neuf mois persistait sans atténuation, a presque complètement disparu, de même la névralgie.

Deux jours après, l'œil revient à son état normal; la guérison s'est maintenue.

Je n'ai relevé aucune tare, ni rhumatismale ni autre.

La deuxième observation se rapporte à un ouvrier plombier, qui, en perforant un mur, reçoit des débris de pierre sur l'œil droit. Le soir même il se produit une injection assez intense, photophobie, douleurs périorbitaires. Il m'est adressé six jours après l'accident. Je remarque une ulcération centrale à forme infectieuse, un liseré de pus dans la chambre antérieure.

Grattage, iodoforme, atropine; l'hypopion disparaît deux jours après, mais les phénomènes irritatifs persistent; la pupille ne se dilate pas, et l'ulcération, sans s'élargir, présente toujours un aspect sécrétant. Au bout de huit jours de traitement, l'amélioration ayant été nulle, je fais prendre au malade deux grammes d'aspirine. Le lendemain, il me dit que c'est la première nuit depuis l'accident qu'il a passée dans le calme le plus parfait sans la moindre douleur. Il se sent beaucoup mieux. L'injection conjonctivale a à peu près disparu et l'ulcération ne présente déjà plus aucune sécrétion. Le malade continue l'aspirine et, sans aucun traitement local, la cicatrisation est achevée quatre jours après. La guérison est complète; une légère taie persiste. L'état général du malade a toujours été excellent.

Dans les lésions de la cornée consécutives à des traumatismes, dit M. Roques, il se produit souvent, à côté des phénomènes infectieux plus ou moins accusés, des troubles trophiques qui

paraissent même dans certains cas être seuls la cause du processus irritatif. Là où un traitement antiseptique n'aura donné aucune amélioration, un traitement tendant à modifier l'altération du système vaso-moteur aura une action rapide.

Il est à remarquer que dans ces deux cas si rapidement guéris par l'aspirine, il y avait non seulement plaie de la cornée mais également iritis.

Or par différents travaux déjà publiés sur l'action de l'aspirine en thérapeutique oculaire, surtout par le travail de M. Hans Kirchner (*Clin. opht.*, n° 22, 1901) et celui plus récent de Maurozi (*Ann. di Ottalm.*, janvier 1903), nous savons l'heureux effet de ce médicament sur les inflammations aiguës du tractus uvéal.

Il est incontestable que dans la scléro-kératite, dans l'iritis et l'irido-cyclite l'effet de l'aspirine est ordinairement très favorable et généralement supérieur à celui qu'on obtenait avec le salicylate de soude.

Or étant donné les rapports trophiques du tractus uvéal et de la cornée, il nous est facile de comprendre la guérison rapide des lésions de cette membrane d'après l'influence favorable de l'aspirine sur l'iritis.

Dans les deux observations ci-dessus cet effet s'est produit avec une rapidité vraiment surprenante. C'est donc une contribution intéressante à l'action encore à l'étude de l'aspirine que nous a envoyé M. Roques et nous ne doutons pas que son travail ne vienne sérieusement appuyer sa candidature au titre de membre correspondant national de notre Société.

Rapport sur la question des honoraires pour les blessés du travail soignés et hospitalisés dans les services publics, présenté par le Dr DAULNOY *à la Société d'Ophtalmologie de Paris, au nom d'une Commission composée de MMrs* JOCQS, KALT, *et* DAULNOY, *rapporteur.*

Mes chers collègues,

Quand vous avez élaboré et voté l'an dernier le tarif d'honoraires en cas d'accidents du travail, vous avez émis le vœu que des démarches soient faites auprès de nos confrères des hôpitaux et des hospices pour que ce tarif y soit appliqué.

Notre collègue le Dr Darier porta à ce moment la question au Syndicat des Médecins de la Seine qui promit de s'en occuper.

A la fin de la séance dernière, sur ma proposition, immédiate-

ment approuvée de vous tous, vous avez nommé une Commission chargée de s'enquérir de ce qui avait été fait et de vous soumettre ce qu'il restait à faire pour voir appliquer notre tarif dans les services hospitaliers.

Par une circulaire en date du 22 novembre dernier M. le président du Conseil appelait l'attention de tous les préfets sur la résolution votée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique dont le texte est ainsi conçu :

« Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail, régis par la loi du 9 avril 1898, les hôpitaux percevront dans leurs recettes générales, pour les frais de traitement : 1° un prix de journée d'entretien, arrêté annuellement par le Préfet à raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques ; 2° les frais médicaux et pharmaceutiques au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite, ou, à défaut, par les usages locaux. »

M. le ministre de l'Intérieur leur disait qu'il acceptait cette résolution et il les priait, en conséquence d'intervenir auprès des commissions administratives de leur département pour que les règlements hospitaliers en fassent état et soient mis en concordance avec ce mode de déterminer le prix de journée applicable aux victimes des accidents de travail.

L'importance de cette circulaire n'échappe à personne; elle impose aux patrons et aux compagnies d'assurances qui feront soigner leurs blessés à l'hôpital l'intégralité de la dépense occasionnée par ceux-ci, et légitime pour le chirurgien qui les a soignés le droit de percevoir l'honoraire légal auquel il a droit.

Aussi depuis que les différents services de l'Assistance publique en ont reçu communication, la question qui nous intéresse a-t-elle fait un grand pas.

— *A l'Hospice national des Quinze-Vingts* qui relève de l'Assistance publique de France et par conséquent du ministère de l'Intérieur directement, nos collègues oculistes chargés du service de la consultation se sont immédiatement appuyés sur cette circulaire pour réclamer du directeur M. Pephau et du Conseil d'administration la mise en pratique de ce droit qui leur était reconnu de faire payer les soins qu'ils donnent aux blessés du travail. Et, à l'heure actuelle, quelques-uns d'entre eux ont déjà demandé et reçu des compagnies d'assurances des honoraires basés sur notre tarif.

— *Dans les hôpitaux* et en particulier *à l'Hôtel-Dieu et à Lariboisière* qui nous intéressent particulièrement, jusqu'à présent rien n'a été fait : les ouvriers blessés en travail, qu'ils soient

assurés ou non, sont soignés, opérés *gratuitement*, le patron paie uniquement à l'hôpital 2 fr. 50 par journée de séjour et 0 fr. 40 par pansement.

Cet état de choses, nous l'espérons, va bientôt changer. M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique de Paris, à la réception de la circulaire que je vous ai citée tout à l'heure, l'a communiquée au Conseil de surveillance. Celui-ci à étudié les moyens de l'appliquer, a proposé de relever de 2 fr. 50 à 5 francs le prix des journées de séjour et a émis un vœu favorable à ce que les chirurgiens des hôpitaux puissent toucher des honoraires. Maintenant le dossier est entre les mains du Conseil du contentieux qui l'étudie, puis il reviendra avec l'avis de celui-ci au Conseil de surveillance.

Le Syndicat des médecins de la Seine, continuant ses démarches a adressé tout récemment à M. Mesureur et à MM. les chirurgiens des hôpitaux, les lettres suivantes qui, en exposant très nettement la situation, envisagent et demandent la solution la plus favorable, de l'avis de toute votre Commission.

Paris, le 20 mars 1903.

A Monsieur le Directeur de l'Assistance publique.

Monsieur le Directeur,

Nous n'avons pas à vous rappeler les dispositions de la loi de 1898, à l'élaboration de laquelle vous avez largement contribué, non plus que la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique du 12 juin 1902 et la circulaire plus récente de M. le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, en prescrivant l'application dans les départements.

Nous venons tout simplement vous demander d'étendre ces dispositions aux hôpitaux de Paris, où les blessés du travail continuent à être traités quasi-gratuitement ou pour une somme infime et cela sans bénéfice pour eux, à notre détriment et au seul avantage de puissantes associations financières.

Ces abus vous sont connus.

Ils sont *ruineux pour l'Assistance publique*, dont les frais réels sont loin d'être couverts par le prix de journée insuffisant demandé aux assureurs;

Ruineux pour le budget municipal, ainsi grevé par une charge qui, dans l'esprit du législateur, revenait tout entière aux industriels et à leurs répondants et non à l'universalité des contribuables;

Ils sont *contraires aux intérêts des malades indigents*, dont l'hôpital est la seule ressource et qui n'y trouvent point toujours asile, tant l'encombrement y est grand;

Contraires aux intérêts des blessés eux-mêmes, dont le plus grand nombre, en dehors des traumatismes graves, toujours justiciables de l'hôpital, pourrait recevoir dans le milieu familial les soins du médecin de leur choix;

Ces abus aggravent encore les *mauvaises conditions hygiéniques* des salles de chirurgie où s'entassent les brancards dans une atmosphère viciée et malsaine;

Enfin, ils sont *préjudiciables au corps médical*, qui en souffre dans ses membres les plus intéressants, les praticiens des faubourgs auxquels reviendraient tout naturellement les soins à donner aux blessés du travail.

Pour remédier à cette situation, nous ne voyons qu'un moyen, c'est celui qu'indiquent à la fois le Conseil supérieur de l'Assistance publique et M. le Président du Conseil : le relèvement du prix de journée et l'attribution d'honoraires aux chefs de service.

Le jour où vous aurez opéré cette réforme, le nombre des blessés diminuera de moitié dans les hôpitaux où on n'aura plus intérêt à les envoyer, et rien ne s'y oppose, ni la loi, ni la jurisprudence qui est en faveur de cette innovation, ni l'intérêt des pauvres, ni l'intérêt du budget, rien, absolument rien; tout milite au contraire en faveur de son adoption.

Nous n'avons pas à préjuger quelle pourrait être l'application de semblables honoraires, s'ils iraient à l'ensemble des chirurgiens, aux caisses de secours ou à l'administration; nous réclamons simplement de votre haute initiative et de votre bienveillance, l'application de la loi et des règlements.

En le faisant, nous avons la conviction de servir non seulement les intérêts qui vous sont confiés, mais ceux des malheureux auxquels vous avez donné dans votre carrière, tant de preuves de clairvoyant attachement.

Tel est, Monsieur le Directeur, l'exposé des *desiderata* du corps médical parisien, qui vous est apporté par leur représentant légal, le Syndicat des Médecins de la Seine.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Le Président, Dr A.-F. PHILIPPEAU.

Le Secrétaire général, Dr BELLENCONTRE.

Paris, 20 mars 1903.

A Messieurs les Chirurgiens des Hôpitaux de Paris.

Très honoré confrère,

Permettez-moi d'appeler votre attention, sur la décision prise par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, et sur la circulaire du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, qui en est le corollaire et la consécration. *L'une décide qu'à l'avenir, il sera dû aux chirurgiens, des honoraires pour les soins qu'ils pourront donner aux blessés du travail;* l'autre enjoint aux préfets, de faire mettre les règlements des hôpitaux en concordance avec ces dispositions nouvelles.

Ces mesures ont été appliquées à Bordeaux d'abord; elles l'ont été encore dans d'autres centres d'importance diverse et les chirurgiens les plus distingués des hôpitaux de province, n'ont pas hésité à apporter à l'application de la loi leur entier concours.

Aujourd'hui, nous venons vous demander le vôtre, pour étendre le bénéfice de cette réglementation à Paris. Vous savez que la loi bienfaisante de 1898, sur les accidents du travail, a profondément modifié la condition de l'artisan blessé. Il n'est plus un indigent, il ne s'adresse plus à la charité patronale, ni à celle du chirurgien; c'est un malade aujourd'hui solvable; les frais du traitement dont il est l'objet, *sont dus en entier par le patron ou la compagnie responsable.*

Toutefois, les syndicats patronaux, les assurances, profitent naturellement de la tolérance des médecins et de l'administration, pour diriger tous leurs blessés sur les hôpitaux, où ils paient une somme dérisoire quotidienne de 2 fr. 50 à Paris.

Les inconvénients de cette tolérance, de cet abus, vous les connaissez. Sans parler des charges qu'ils imposent au budget, et par conséquent aux contribuables, sans parler même des préférences du blessé arraché au milieu familial où il pourrait être souvent traité, pour des traumatismes sans gravité, par le médecin de son choix, l'invasion des hôpitaux par les blessés du travail, amène l'encombrement de vos salles, l'installation de nombreux brancards, au détriment de l'hygiène et au détriment des malades indigents, qui ne peuvent être soignés ailleurs et qui attendent patiemment une place.

Enfin, très honoré confrère, il est une considération que nous sommes obligés d'envisager, c'est celle de nos propres intérêts, des intérêts du modeste praticien, sans cesse lésé par les empié-

tements communs de la mutualité et de l'assurance qui, loin de s'arrêter, progressent sans cesse, puisque la loi dont nous parlons comprendra avant peu, les ouvriers agricoles, les employés, les domestiques, c'est-à-dire la plus grande partie des clientèles ouvrières.

Nous venons donc vous demander, non seulement votre appui auprès du directeur de l'Assistance publique près de qui nous intervenons directement d'autre part, mais votre collaboration directe. Nous vous prions, au nom des intérêts du corps médical, non pas de refuser vos soins aux blessés du travail, ce qui serait inhumain et ce qui est loin de notre pensée, mais de les traiter comme par le passé et après guérison de faire envoyer au patron de l'ouvrier une note d'honoraires chirurgicaux, toujours modique naturellement et établie d'après des tarifs que nous tenons à votre disposition.

Vous êtes maître dans votre service, votre origine vous assure l'indépendance, usez de ces privilèges en faveur de vos confrères moins heureux. Que si vous ne voulez pas recevoir des honoraires peu en rapport avec ceux qui vous sont habituels, versez-les à nos caisses de secours, à nos caisses de retraites, abandonnez-les à l'administration, peu nous importe. Ce que nous recherchons, c'est l'application du principe, parce que nous savons que le jour où la loi et les règlements seront appliqués, vos services seront abandonnés par les blessés du travail; vous n'aurez plus que les cas graves justiciables de votre haut savoir, les autres retourneront à ceux qui ont été créés pour les traiter, aux praticiens à qui ils appartiennent.

Et après avoir longtemps réfléchi, nous ne voyons pas ce qui pourrait vous arrêter dans cet acte de solidarité et de justice que nous réclamons de votre bonne confraternité.

Au point de vue légal, c'est l'application de la loi elle-même; au point de vue moral, vous ne vous diminuez en rien, vous ne demandez rien aux pauvres, vous réclamez des honoraires qui vous sont dus à des associations puissantes et riches, les compagnies auxquelles actuellement vous faites le sacrifice de votre temps, de votre science et l'inutile abandon de vos honoraires.

D'ailleurs, vous jugerez comme nous qu'il n'y a pas deux morales : l'une applicable aux départements, l'autre à Paris; ce que vos collègues les plus estimés ont fait ailleurs, vous pouvez, sans déroger, le faire ici.

Laissez-nous, au risque d'être un peu longs, reproduire les paroles prononcées par votre collègue des hôpitaux de Bordeaux, le Dr Lande, au Conseil supérieur de l'Assistance publique :

« L'hôpital a toujours été considéré et a jusqu'ici fonctionné uni-

quement comme établissement charitable. Quand il s'est agi de faire payer les non indigents admis dans leurs hôpitaux, les médecins animés du légitime orgueil de la gratuité de leur mandat hospitalier ont repoussé toute participation à un bénéfice réalisé sur les malades de leur service. CETTE ÉMULATION DANS LE DÉSINTÉRESSEMENT COMPROMET, ON NE SAURAIT TROP LE RÉPÉTER, LE BIEN DES PAUVRES ET LES INTÉRÊTS DE LA MASSE DES PRATICIENS. Il importe de ne pas laisser se perpétuer de semblables errements, conséquences d'un sentimentalisme honorable mais exagéré, et d'une appréciation très élevée mais erronée des devoirs professionnels que les circonstances ont singulièrement modifiés... »

Que si, au milieu de vos préoccupations plus élevées et de vos occupations absorbantes, vous étiez arrêtés par les difficultés et les ennuis inséparables dans votre esprit, d'une initiative de ce genre, rassurez-vous; que vous fassiez ou non partie de notre grande association, nous mettons à votre disposition nos tarifs, nos différents services de recouvrements et de contentieux, nos conseils judiciaires, vous évitant ainsi toute espèce de frais et de démarches.

Telle est, mon cher maître, la réforme profonde et nécessaire que nous attendons de votre bonne volonté et de votre bienveillance; ceux d'entre vous qui s'y associeront s'assureront la reconnaissance du corps médical parisien dont nous ne sommes que les représentants légaux et le porte-parole.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs et les plus confraternels.

Le président,	*Le secrétaire général,*
Dr A.-F. PHILIPPEAU.	Dr BELLENCONTRE.

M. le Dr Philippeau, président du Syndicat a vu M. Mesureur et l'a trouvé bien disposé à notre égard. Il a vu également M. le Dr Blum, président de la Société des chirurgiens des hôpitaux qui lui a promis de mettre la question à l'ordre du jour de sa société. Espérons que celle-ci comprendra son intérêt et l'intérêt du corps médical tout entier.

Telle est, Messieurs, la situation à l'heure actuelle. Il paraît peu probable que l'on puisse obtenir par des démarches quelconques que les blessés du travail ne seront plus soignés dans les hôpitaux ou aux Quinze-Vingts. Ce serait cependant logique et naturel, et M. Mesureur, paraît-il, envisagerait assez volontiers cette solution. Mais tout porte à penser que tel ne sera pas le résultat obtenu.

Votre commission vous propose donc : de ne pas perdre de vue cette question, d'unir vos efforts à ceux du Syndicat et de la

Société des chirurgiens, et de faire parallèlement et d'accord avec ces sociétés toutes les démarches nécessaires pour obtenir la rémunération des oculistes soignant dans les hôpitaux les blessés du travail et ce, d'après le *tarif adopté par la Société d'ophtalmologie.*

(*A suivre.*)

XVI^e^ CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ITALIENNE D'OPHTALMOLOGIE

(Florence, octobre 1902)

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES COMMUNICATIONS

Par le D^r^ ANTONELLI

Prof. ANGELUCCI (Palerme). **Les lois qui règlent la sécrétion de l'humeur aqueuse et les conséquences de leur perturbation.** — Le mécanisme physiologique de production de l'humeur aqueuse repose dans l'activité fonctionnelle des éléments qui forment la paroi vasculaire. Les capillaires qui sécrétent l'humeur aqueuse sont les capillaires uvéens et la sécrétion paraît surtout abondante de la part des processus ciliaires et de la base irienne. Les nerfs vaso-moteurs règlent, par leurs fonctions de sensibilité et de motilité, la fonction sécrétoire de la paroi vasculaire, fonction sur laquelle influent aussi les conditions des tissus environnants et les substances qui se trouvent dans le sang.

La section des nerfs vasculaires perturbe la physiologie des éléments qui composent la paroi vasculaire : par conséquent, tout d'abord, la lymphe sécrétée dans l'œil diminue en quantité, tandis que sa composition chimique s'approche de plus en plus de celle du plasma sanguin : ce qui arrive aussi bien après la section du sympathique qu'après la section du trijumeau. Une certaine perturbation de la fonction vasculaire persiste à la suite de la lésion du sympathique cervical, même quelque temps après la disparition des faits que nous venons de mentionner : cette pertubation est manifestée par le fait que la fluorescine, par exemple, passe très facilement du sang dans la lymphe oculaire.

Les irritations électriques prononcées, les irritations mécaniques portées sur les fibres vasculaires de la cinquième paire et du sympathique cervical, provoquent dans la lymphe oculaire à peu près les mêmes changements qui sont provoqués par la section de ces mêmes nerfs; le taux de l'albumine augmente dans l'humeur aqueuse, qui devient capable de coaguler. L'hypotension présentée par l'œil quelque temps après une excitation faradique intense, laisse supposer une diminution de la quantité de sécrétion. Par contre, les irritations mécaniques faibles et persistantes, exercées sur le ganglion cervical supérieur, paraissent augmenter le taux de la sécrétion lympathique intra-oculaire. Les lésions, les irritations des tissus environnants (lésions de la cornée, tiraillements des tissus de l'uvée pendant la paracentèse) agissent de la même façon que la section et l'irritation des nerfs vasculaires, en augmentant le taux de l'albumine et en rendant l'humeur aqueuse relativement riche en fibrine. En outre, l'influence de l'état des tissus sur les parois vasculaires est démontrée par les modifications de ces parois pendant la période de réaction de l'ophtalmie paralytique expérimentale, période pendant laquelle les parois vasculaires, après le rétrécissement provoqué par la lésion de la cinquième paire, se dilatent à nouveau. Après la paracentèse, l'augmentation de l'albumine et la coagubilité de l'humeur aqueuse ne sont pas dues à la filtration éventuelle du liquide interstitiel du vitré dans la chambre antérieure, ni aux phénomènes réflexes de la pression intra-vasculaire, provoquée par l'*ex-vacuo* dans la chambre antérieure, mais elles sont dues aux lésions subies par les tissus environnants pendant l'intervention opératoire. Dans l'œil, la paroi vasculaire et les tissus environnants subissent à leur tour l'influence des altérations de la sécrétion lymphatique, à la suite d'une section des nerfs qui conduisent les fibres vasculaires destinées aux vaisseaux uvéens; la paroi vasculaire subit des altérations nutritives manifestes et les tissus environnants présentent de remarquables dystrophies. Le maximum de ces phénomènes se voit après lésions de la cinquième paire.

Prof. GRADENIGO (Padoue). **Sur la transfusion du vitré et sur un instrument nouveau pour la pratiquer.** — Pour pouvoir remplacer un vitré trouble par un vitré transparent, ou par tout autre liquide, sans rien changer à la tension oculaire pendant l'opération, Gradenigo a imaginé un petit instrument composé de deux petites pompes à action alternante, commandées par une même tige. Des quelques expériences, encore trop peu nombreuses il est vrai, de l'auteur, il résulterait la grande tolérance de l'œil

pour la substitution ou la transfusion du vitré, aussi bien en se servant d'eau bouillie qu'en se servant de vitré pris sur l'animal vivant.

TORNATOLA (Messine). **Sur le traitement post-opératoire à ciel ouvert, surtout après extraction de la cataracte, et sur l'occlusion des paupières par la suture dite à pied de petit oiseau.** — Depuis qu'Odhelius de Suède en 1772 adopta la suppression du bandage pour les yeux opérés, quelle que fût d'ailleurs l'opération, jamais plus que dans ces derniers temps on n'a tant écrit ou relaté à ce sujet dans les congrès d'ophtalmologie. Pendant ces cinq dernières années, des confrères très autorisés ont soutenu que la suppression du bandage pour les yeux opérés, principalement de cataracte, présente les avantages suivants : 1° on obtient le lavage continuel de l'œil par les larmes, grâce au clignotement des paupières, évitant ainsi l'obstruction par la sécrétion conjonctivale qui représente un excellent terrain de culture pour les germes pathogènes; 2° on évite l'élévation de la température (de 35, 5, sans bandeau, à 37, 5 sous le bandeau); 3° on peut nettoyer l'œil plusieurs fois par jour; 4° on évite la dépression psychique produite par l'occlusion des yeux; 5° on élimine le tiraillement des paupières produit par le déplacement du bandage. Tornatola déclare avoir toujours considéré comme inutile le nettoyage de l'œil plusieurs fois par jour, comme sans danger l'augmentation de la température produite par le bandeau, et enfin, comme non existant le tiraillement des paupières produit par le déplacement du bandage, pourvu que ce dernier soit fait avec une bande légère, souple et bien appliquée. Par contre, l'occlusion de l'œil assure le contact des bords de la plaie cornéenne, en exerçant une douce pression sur le bulbe et le contenant en cas d'éternuement ou d'accès de toux. Il préserve en outre l'œil opéré du contact des mains, jamais chirurgicalement propres des malades, et le protège quand l'opéré se trouve inévitablement dans un milieu poussiéreux ou autrement défavorable. Dans quelques cas où le bandage ne serait absolument pas supporté (alcoolisme), Tornatola préfère clore les paupières au moyen des points d'une suture qu'il appelle *à pied de petit oiseau*, et qu'il pratique ainsi : Après avoir monté deux aiguilles sur un fil résistant de soie, on en introduit une dans le bord de la paupière supérieure, au point de réunion du tiers interne avec le tiers moyen de la paupière, presque à l'orifice des glandes de Meibomius, et, en la faisant avancer de 2 millimètres environ sur la face postérieure du tarse, on la sort du côté de la peau, à 3 millimètres environ du bord ciliaire. L'autre aiguille suit le même trajet dans

la paupière inférieure, en faisant correspondre les deux points de sortie. L'autre point s'applique vers l'union du tiers externe avec le tiers moyen des paupières. On écarte alors les deux boucles de fil pour procéder à l'opération sur le globe : Celle-ci étant terminée on enfile dans chacun des bouts de la soie deux ou trois petites perles stérilisées, on rapproche à l'aide des deux index les bords des paupières, et l'on fixe les points par des nœuds qui peuvent être desserrés et resserrés autant de fois qu'il sera nécessaire.

BAJARDI (Turin). **Les injections sous-conjonctivales de nitrate de strychnine dans les amblyopies toxiques.** — Les injections de strychnine auraient donné à Bajardi des résultats beaucoup plus brillants, étant faites sous la conjonctive, que par la méthode habituelle hypodermique à la tempe. Il a eu recours aussi aux instillations de collyre de strychnine à 2 p. 1,000 : dans deux cas, surtout, parmi les douze traités par l'auteur, l'amélioration fut exceptionnellement rapide et considérable. En injections sous-conjonctivales, Bajardi commence par un tiers de centimètre cube de solution à 1 p. 1,000 et augmente progressivement, jusqu'à un centimètre cube et demi.

BASSO (Gênes). **Une nouvelle méthode rapide pour le traitement chirurgical de la myopie.** — La méthode de Basso consiste dans l'extraction d'une grande partie du cristallin à travers une section limitée de la cornée, après avoir opéré, dans la même séance, une discission à l'aide d'un couteau à iritomie de Knapp. L'œil étant fortement atropiné, on introduit ce couteau par le limbe externe et l'on pratique des entailles nombreuses et profondes dans la masse cristallinienne, suivant toutes les directions possibles, en éventail et ensuite en arc de cercle, de façon à remuer et désagréger toute la masse du cristallin, profondément et surtout dans sa partie nucléaire. — L'on retire le couteau rapidement, pour éviter la sortie de l'humeure aqueuse, et l'on procède à la section cornéenne en haut, à un millimètre et demi de distance du bord transparent. — En retirant doucement le couteau lancéolaire et en exerçant une douce pression sur le bord supérieur de la plaie, l'humeur aqueuse se vide en entrainant une certaine quantité de masses cristalliniennes,surtout centrales.

Après avoir retiré le blépharostat et laissé le malade se reposer, on insiste sur l'extraction d'autres masses cristalliniennes à l'aide d'une fine curette de Daviel ; cette manœuvre doit être répétée deux à trois fois, en changeant toujours d'instrument : on arrive ainsi à extraire les deux tiers de la masse cristallinienne, et, ce qui est plus important, toute sa partie nucléaire. — La réaction

post-opératoire est des plus légères. Dans les cas les plus favorables, au bout de quinze jours déjà la pupille paraît totalement libre, ou en grande partie, et au bout de deux mois, si la discision d'une cataracte secondaire aura été nécessaire, le traitement est achevé. — Cette méthode, analogue en partie à celles de Vacher et de Sattler, a donné à l'auteur d'excellents résultats dans huit cas.

LODATO (Palerme). **Les effets de l'anopsie sur le développement de l'appareil visuel.** — L'auteur a voulu étudier les conséquences anatomiques et fonctionnelles, sur l'appareil visuel, de l'exclusion de l'œil d'un animal dès sa naissance. A cet effet, il a pratiqué la tarsoraphie d'un seul côté, chez les chiens nouveaunés : au bout de huit mois, en rouvrant les paupières il a pu constater que l'œil était fortement amblyope, que sa pupille était plus large que la congénère et relativement paresseuse à l'excitation lumineuse. A l'autopsie de l'animal on constatait un arrêt de développement de tout l'appareil visuel correspondant à l'œil exclu de la vision, arrêt de développement qui était surtout marqué dans les centres (écorce de la sphère visuelle, surtout circonvolution correspondante au cuneus de l'homme) et de moins en moins marqué vers la périphérie, au point d'être très léger dans le nerf optique. Les recherches hystologiques sur ces pièces sont en train d'être complétées. L'expérience prouve néanmoins sûrement l'existence d'une amblyopie *ex non usu* et son rapport avec des lésions de tout l'appareil visuel correspondant, y compris les voies d'association périphériques et centrales.

ORLANDINI (Sienne). **Altérations de la rétine dans la glucosurie expérimentale.** — La glucosurie a été provoquée par l'auteur: 1° chez les grenouilles, en les plongeant pendant quelque temps dans une solution de glucose; 2° chez les lapins et les cobayes, par des injections quotidiennes de florizine; 3° en extirpant le pancréas chez les chats. Ces moyens déterminent non seulement la glycosurie, mais aussi d'autres symptômes classiques propres au diabète sucré. Dans le premier cas on obtient des altérations des parois vasculaires du réseau hyaloidien, ce qui produit d'abord l'augmentation de la diapédèse des globules sanguins et ensuite de véritables hémorragies à proximité des vaisseaux; dans le deuxième cas, l'on constate aussi des hémorragies avec destruction des éléments rétiniens surtout en ce qui concerne les cellules ganglionnaires. — Chez le chat privé du pancréas, l'on constate des hémorragies plus abondantes, qui fusent dans le tissu rétinien en détruisant les cellules ganglionnaires et d'autres élé-

ments encore de la membrane. — Les altérations des parois vasculaires sont manifestes, même dans les gros vaisseaux; dans tous les cas, le processus morbide doit être considéré non pas exclusivement de nature inflammatoire, mais plutôt de nature dégénérative, à point de départ dans les vaisseaux sanguins.

ORLANDINI (Sienne). **Sur la concentration moléculaire et la toxicité des urines dans les maladies internes de l'œil.** — Chez les lapins soumis à des lésions rénales expérimentales (cautérisation d'un des reins avec solution forte de nitrate d'argent, ablation de l'autre rein au bout de quelques jours), la cryoscopie et la toxicité des urines contenant de l'albumine se montrent en relation avec la diminution du parenchyme secrétant. Les altérations de la rétine se manifestent plus marquées dans la période d'insuffisance rénale. Les faits cliniques démontrent également l'influence de lésions rénales et circulatoires sur la toxicité urinaire et sur l'origine et l'évolution des lésions rétiniennes.

ORLANDINI (Sienne). **Altérations de la rétine dans les lésions rénales expérimentales.** — L'auteur a provoqué des lésions rénales par injection de toxine diphtérique aux souris (ces animaux supportent des injections massives, sans subir de lésions du système nerveux). Il a constaté une albuminurie abondante avec hémorragies et nécrose de l'hépithélium rénal; au bout de quelque temps l'on constate des hémorragies rétiniennes. L'insuffisance rénale, pure et simple, provoquée par différents moyens chez les animaux, produit à la longue des lésions oculaires d'origine vasculaire et qui consistent en petites hémorragies, dégénérescence des éléments nerveux, surtout des cellules ganglionnaires, œdème de la rétine et de la papille optique.

MARRA (Gênes). **Paralysie du droit externe et de l'oculo-moteur commun, paralysie et déviation conjuguée, consécutives à une ophtalmoplégie externe, sans d'autres complications paralytiques.** — Chez un homme de 36 ans, traumatisme de la région frontorbitaire droite par accident de chemin de fer. Les phénomènes paralytiques, sans aucune autre lésion de l'acuité visuelle ou du champ visuel, gagnèrent après dix-huit mois l'autre côté, et l'auteur hésite encore entre le diagnostic de lésion organique des noyaux moteurs ou de simple hystéro-traumatisme.

VITALI (Bari). **Encore sur la méthode personnelle d'opération de la cataracte mûre ou non mûre, pour éviter la cataracte secondaire.** — Il s'agit de l'emploi généreux d'atropine et de la capsulectomie à l'aide d'une pince spéciale.

VITALI (Bari). **Le chlorure de sodium dans le kérato-hypopion.** — Dans 16 cas de kérato-hypopion l'auteur a eu d'excellents résultats des injections sous-conjonctivales (1/2 à 3/4 de seringue) d'une solution de chlorure de sodium à 4 p. 100. Dans la plupart des cas une seule injection suffisait à faire disparaître le pus de la chambre antérieure, dans 3 cas une deuxième injection fut nécessaire, dans un seul cas, il en fallut une troisième.

PETELLA (Naples). **Sur l'ophtalmie sympathique et sur les principes qui en établissent l'origine et la nature au point de vue médico-légal.** — L'ophtalmie sympathique se prête parfaitement au jeu des simulateurs, dans les questions d'accidents du travail. Il importe donc d'en établir les principes, que Petella résume ainsi :

1° La poussée inflammatoire récidivante dans l'œil atrophique, ou dans l'orbite privé du globe, rend possible l'ophtalmie sympathique même après plusieurs lustres;

2° Les résultats favorables de l'énucléation ou de l'exentération préventive plaideraient en faveur d'un processus sympathique simplement irritatif, plutôt que vraiment inflammatoire;

3° La nature de la lésion initiale (plaie infectieuse) détermine de règle une irido-cyclite secondaire de l'autre œil, ou, d'une façon exceptionnelle, une papillo-rétinite toxique; toutes les autres affections prétendues sympathiques doivent être admises avec beaucoup de réserves;

4° Lorsqu'il s'est écoulé quatre semaines après l'opération préventive, sans apparition d'ophtalmie sympathique, cette dernière ne peut se manifester, sous une forme tardive, qu'après rechute inflammatoire manifeste dans l'œil atrophié ou dans l'orbite du côté énucléé.

KRUCH (Milan). **L'Airol en ophtalmologie.** — Cet antiseptique, préparé par Hoffmann-Laroche à Basilée, serait d'une application facile, très bien supporté, non suivi de réaction, d'un effet sûr, et capable d'être associé au traitement ioduré. Cela résulte des expériences de Kruch, faites sur une vaste échelle, dans des cas de conjonctivite ou kératite phlycténulaire, abcès de la cornée, trachome, orgelets, plaies des paupières, etc.

KRUCH (Milan). **Les préparations mercurielles en ophtalmologie.** — L'auteur accorde la préférence aux injections intraveineuses de cyanure de mercure, qui seraient indolores, non suivies de réaction ni d'induration, d'application facile, en observant les règles de l'antiseptie et rapidement efficaces par une saturation prompte de l'organisme. Cette médication n'exposerait pas à

l'intoxication, l'élimination du mercure se faisant facilement. Son action excitante se manifesterait surtout dans des cas de tertiarisme chez des sujets très affaiblis.

Pr RAYMOND (Turin) et MAGNANI (Smyrne). — **Un nouvel alcaloïde anesthésiant la conjonctive et la cornée.** — Il s'agit de la yoimbine Spiegel, préparée à la fabrique chimique de Gustrow. La solution aqueuse à 1 p. 100, instillée dans le sac conjonctival, pique légèrement, mais au bout d'une minute la conjonctive bulbaire est insensible, et au bout de cinq minutes se manifeste aussi l'anesthésie cornéenne, complète au bout de dix minutes : l'anesthésie dure une demi-heure environ, après laquelle la sensibilité retourne graduellement. Au bout d'une heure, l'état est revenu normal. Une dilatation vasculaire se manifeste après quelques minutes et dure pendant une couple d'heures; les mouvements pupillaires semblent paresseux, peut-être à cause de l'engorgement sanguin de l'iris. L'avantage principal du médicament se trouverait dans l'anesthésie non accompagnée de modifications du diamètre pupillaire.

DE BERARDINIS (Naples). **Mélanosarcome de la caroncule lacrymale : observation clinique et anatomo-pathologique.**— Ce cas serait le onzième, dans la littérature ophtalmologique, de néoplasie maligne de la caroncule : il s'agit d'un jeune homme de 20 ans; la tumeur était née d'un nœvus pigmentaire, la structure en était parvi-cellulaire avec prévalence d'élément pigmentaire et présence de glandes modifiées de Moll.

BOSSALINO (Pise). **Une nouvelle méthode opératoire de tarsoraphie.** — Ce procédé consiste essentiellement à pratiquer la section intermarginale sur les deux paupières et à fixer le feuillet postérieur de la paupière inférieure par une anse de fil entre les deux feuillets de la paupière supérieure.

BOSSALINO (Pise). **Un cas de kyste hématique interosseux de l'arcade orbitaire inférieure.**

BOCCHI (Crémone). **Thérapie du kérato-hypopion.** — L'auteur insiste sur la prophylaxie du kérato-hypopion et sur l'évacuation du pus de la chambre antérieure. La thérapie prophylactique consiste dans l'ablation ou la destruction du sac lacrymal chez les sujets exposés aux traumatismes oculaires et atteints de dacryocystite purulente. Pour vider le pus, l'auteur ouvre le limbe avec un couteau lancéolaire, à deux millimètres du limbe dans la ré-

[redacted]

SCALINCI (Naples). **Recherches anatomiques concernant l'incision du tissu de l'angle irien.** — Les recherches de Scalinci, sur deux yeux d'adultes opérés par le professeur de Vincentifi, montrent que l'incision de l'angle irien, *lorsqu'on la pratique suivant toutes les règles*, intéresse vraiment les trabécules scléro-cornéennes et parvient à ouvrir le sinus veineux le long de la paroi interne ou postérieure du canal de Schlem et à discontinuer les lamelles sclérales les plus internes. Ceci serait en contradiction complète avec les résultats publiés par Valude et Duclos.

BIETTI (Fribourg). **Histologie du pannus cornéen tracomateux.** — L'auteur montre que le pannus tracomateux peut être constitué par une infiltration se trouvant parfois entre la membrane de Bowmann et l'épithélium et parfois au-dessous de ladite membrane. Dans ce dernier cas, la résorption en est plus difficile. Le pannus dégénératif, d'après Bass, serait toujours purement épithélial.

MONESI (Bologne). **Quelques observations morphologiques sur les voies lacrymales de l'homme pendant la vie fœtale.** — L'auteur a constaté assez souvent, sur des préparations de sac lacrymal du fœtus, une duplicité partielle. En cas de duplicité inférieure, c'est la partie postérieure qui se continue dans le canal proprement dit; en cas de duplicité supérieure c'est la partie intérieure qui communique avec une cavité externe dans laquelle s'abouchent, ensemble ou séparément, les deux canalicules. Ces recherches donnent l'explication des anomalies constatées aussi par Tartuferi, qui a décrit des diverticules et des *cavités canaliculaires* chez l'adulte. La cavité canaliculaire, avec la croissance du fœtus, devient plus petite relativement à la cavité interne du sac; le canal aussi, proprement dit, peut se présenter double, suivant une longueur plus ou moins considérable ou bien montrer des diverticules en directions variées.

QUERENGHI (Milan). **La sclérocoriotomie ou sclérociliotomie pour le traitement du glaucome.** — Pour Querenghi, le glaucome est dû à l'hydropisie, passive ou active, de l'espace périchoroïdien; l'intervention chirurgicale doit donc dégager cet espace de son contenu, en lui permettant de communiquer avec les chambres aqueuses. L'opération de Querenghi consiste à inciser l'insertion sclérale du muscle ciliaire, en respectant autant que possible la sclérotique, à l'aide d'une aiguille spéciale, droite, terminée par une faucille lancéolaire.

gion inféro-externe; il évite ainsi l'enclavement irien, qui est parfois la conséquence de la section à la Saemisch. Il profite parfois de l'ouverture de la chambre antérieure pour y pratiquer un lavage à l'eau bouillie ou au sublimé à 1 p. 20,000. L'auteur a complètement abandonné les injections sous-conjonctivales de sublimé, qu'il a été parmi les premiers à expérimenter, mais qu'il a ensuite trouvé tout à fait inefficaces et mêmes nuisibles, à cause de la réaction œdémateuse violente. L'antisepsie, le râclage du fond de l'ulcère ou la galvano-cautérisation complètent le traitement.

Bocchi (Crémone). **La correction du strabisme des yeux amblyopiques.** — Lorsque la correction du strabisme ne peut pas se proposer le rétablissement de la vision binoculaire, mais tout simplement le redressement approximatif de la déviation, il vaut mieux attendre l'âge d'adolescence avant d'opérer, et s'en tenir à une correction chirurgicale plutôt en défaut, car la surcorrection pourrait facilement se produire. En ajoutant un tatouage des taies cornéennes, la correction cosmétique peut être des plus satisfaisantes.

Prof. Cirincione (Sienne). **Pathologie et développement des voies lacrymales.** — Communication constituée surtout par des démonstrations de préparations anatomo-pathologiques. Quelques-unes de ces préparations, concernant la dacryocystite des nouveau-nés, montrent que l'affection est due à l'élimination incomplète des masses éphitéliales centrales qui bouchent originairement les voies lacrymales; d'autres fois, l'on constate une vraie dacryocystite purulente avec ectasie du sac, et dans quelques cas il y a formation d'ectasie kystique à l'ouverture inférieure du canal, par une membranule qu'il est nécessaire d'inciser. Après de longues descriptions anatomo-pathologiques qu'il faut lire dans l'original, Cirincione insiste sur l'application de la sonde à demeure, pour le traitement des dacryocystites anciennes, avec rétrécissements et lésions plus ou moins étendues de la muqueuse et du canal osseux.

Fruginele (Naples). **Lympho-adénome de la conjonctive.** — Le cas de Fruginele est analogue à ceux de Gorecki, Piccoli et de Lieto-Vollaro. Il s'agissait d'un enfant de 10 ans, présentant à l'œil gauche, dans la concavité du pli sémilunaire, une petite tumeur jaune rosé, molle, grosse comme une lentille. L'examen histologique montra un réseau lymphoadénoïde contenant dans ses mailles des éléments cellulaires, d'aucuns petits et à gros noyaux, d'autres plus grands, polynucléaires.

SCALINCI (Naples). **Recherches anatomiques concernant l'incision du tissu de l'angle irien.** — Les recherches de Scalinci, sur deux yeux d'adultes opérés par le professeur de Vincentifi, montrent que l'incision de l'angle irien, *lorsqu'on la pratique suivant toutes les règles*, intéresse vraiment les trabécules scléro-cornéennes et parvient à ouvrir le sinus veineux le long de la paroi interne ou postérieure du canal de Schlem et à discontinuer les lamelles sclérales les plus internes. Ceci serait en contradiction complète avec les résultats publiés par Valude et Duclos.

BIETTI (Fribourg). **Histologie du pannus cornéen tracomateux.** — L'auteur montre que le pannus tracomateux peut être constitué par une infiltration se trouvant parfois entre la membrane de Bowmann et l'épithélium et parfois au-dessous de ladite membrane. Dans ce dernier cas, la résorption en est plus difficile. Le pannus dégénératif, d'après Bass, serait toujours purement épithélial.

MONESI (Bologne). **Quelques observations morphologiques sur les voies lacrymales de l'homme pendant la vie fœtale.** — L'auteur a constaté assez souvent, sur des préparations de sac lacrymal du fœtus, une duplicité partielle. En cas de duplicité inférieure, c'est la partie postérieure qui se continue dans le canal proprement dit; en cas de duplicité supérieure c'est la partie intérieure qui communique avec une cavité externe dans laquelle s'abouchent, ensemble ou séparément, les deux canalicules. Ces recherches donnent l'explication des anomalies constatées aussi par Tartuferi, qui a décrit des diverticules et des *cavités canaliculaires* chez l'adulte. La cavité canaliculaire, avec la croissance du fœtus, devient plus petite relativement à la cavité interne du sac; le canal aussi, proprement dit, peut se présenter double, suivant une longueur plus ou moins considérable ou bien montrer des diverticules en directions variées.

QUERENGHI (Milan). **La sclérocoriotomie ou sclérociliotomie pour le traitement du glaucome.** — Pour Querenghi, le glaucome est dû à l'hydropisie, passive ou active, de l'espace périchoroïdien; l'intervention chirurgicale doit donc dégager cet espace de son contenu, en lui permettant de communiquer avec les chambres aqueuses. L'opération de Querenghi consiste à inciser l'insertion sclérale du muscle ciliaire, en respectant autant que possible la sclérotique, à l'aide d'une aiguille spéciale, droite, terminée par une faucille lancéolaire.

La pointe est introduite à 2 millimètres en arrière du bord transparent de la cornée, le tranchant étant tourné vers la paroi externe de la chambre postérieure. L'on pénètre doucement dans cette chambre, en faisant avancer la pointe de quelques millimètres et en baissant le manche de l'instrument de façon à glisser le tranchant le long de la paroi externe de la chambre postérieure. L'on retire lentement l'instrument par le même point, qui laissera sortir presque toujours un liquide couleur paille, coagulable; les suites sont des plus simples; les hémorragies, toujours légères, s'il s'en produit, se résorbent rapidement, et la guérison, c'est-à-dire le retour de la tension à la normale, a lieu en quelques jours. Querenghi aurait opéré de cette façon, jusqu'à présent, plus de 40 cas de glaucome de différente nature, avec des résultats absolument parfaits.

O. Pes (Turin). **Un cas de tétanos consécutif à un traumatisme de l'orbite.** — A propos d'un cas de plaie de la commissure palpébrable externe de l'œil droit avec pénétration de corps étrangers, accident suivi par des phénomènes de tétanos au bout de sept jours (mort au bout de dix jours; recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques confirmatives), Pes rappelle que les premières recherches vraiment complètes, à l'aide de cultures pures et de toxines de tétanos, sur les altérations du système nerveux central et périphérique, ont été publiées par lui en 1893. Les recherches plus récentes les ont pleinement confirmées.

Prof. Gradenigo (Padoue). **Extraction de la cataracte capsulo-lenticulaire à travers la sclérotique.** — Après l'historique de l'opération, Gradenigo engage à la reprise de ce processus opératoire, qui ne méritait pas, suivant lui, l'oubli complet. Dans quelques cas de traumatisme, les plaies de la sclérotique avec luxation sous-conjonctivale du cristallin, sont du reste suivies de guérison parfaite, avec bonne conservation d'acuité.

Baquis (Livourne). **Une forme rare de kératite.** — (Observation clinique, à lire dans l'original; kératite nummulaire, avec vascularisation très tardive. Guérison après plusieurs mois.)

Puccioni (Rome). **Modifications aux procédés de Fricke et greffe dermique avec suture.** — (Opérations de blépharoplastie, etc., dans des cas d'ectropion ou lagophtalmos cicatriciels suites de pustules malignes.)

Puccioni et Roselli (Rome). **Le daltonisme infantile.** — Chez 100 enfants de 4 à 12 ans, Roselli a étudié l'insensibilité

pour les couleurs, à l'aide des laines de Holmgreen, pour les trois couleurs fondamentales : rouge, vert et violet. Chez 20 de ces enfants, s'étant montrés daltoniques, l'auteur a fait l'éducation du sens chromatique, à l'aide des mêmes laines colorées, et il est toujours parvenu à rétablir la fonction normale. La connaissance du rouge serait la première à se développer, chez les enfants (plus précocement chez les fillettes que chez les garçons). Après le rouge, c'est le violet qui est reconnu, tandis que la connaissance des teintes vertes est souvent la plus tardive. L'on serait tenté d'affirmer qu'un vrai daltonisme absolu *congénital* n'existe pas, et qu'il s'agit toujours, chez les adultes, d'un défaut consécutif au manque d'exercice.

Puccioni et Roselli (Rome). **Un cas rare d'exophtalmos.** — Un exophtalmos de 11 millimètres, avec intégrité de la motilité oculaire, était dû à une exostose cylindriforme de la paroi inférieure de l'orbite et à l'œdème du tissu cellulo-adipeux du fond de l'orbite. L'énucléation fut rendue nécessaire aussi à cause de phénomènes d'irritation sympathique.

de Berardinis (Naples). **Tuberculose de l'iris : contributions cliniques, anatomiques et expérimentales.**

Tornatola (Messine). **Chirurgie oculaire conservatrice.** — La proposition formulée par Tornatola dès 1894, de conserver en règle générale les yeux blessés par des plombs de chasse, même quand le plomb est resté dans l'œil, était inspirée par de nombreuses observations cliniques et par les résultats de ses recherches expérimentales. Le traitement conservateur s'impose, tout au moins au début, et l'on doit s'en tenir à cette règle même quand on a la certitude de la présence du corps étranger dans l'œil. Le traitement consistera essentiellement dans l'antisepsie de l'œil et des annexes, et l'énucléation sera réservée exclusivement au cas présentant le danger immédiat et certain d'ophtalmie sympathique. Il faut retenir surtout, comme l'auteur l'a démontré en 1894, que *l'infection n'est pas apportée par le grain de plomb lui-même*, mais par des agents extérieurs pénétrant éventuellement à travers le trou de la blessure. Il sera donc de nécessité absolue de hâter la cicatrisation de la plaie, et dans ce but, Tornatola recommande une suture de la conjonctive, après une petite excision et dissection, de façon à couvrir la plaie cratériforme de la sclérotique par le glissement d'un petit lambeau conjonctival, sans que la petite plaie et la suture viennent à correspondre. La chirurgie conservatrice doit s'étendre aussi aux cas de blessures

étendues et profondes de n'importe quelle région du globe oculaire. Etant donné les inconvénients, quelquefois graves, des yeux artificiels; étant donné que l'on est toujours à temps de guérir l'ophtalmie sympathique à son début (par l'énucléation de l'œil sympathisant et par le traitement dit *déplacissisant*), il faudra ne jamais procéder immédiatement à l'énucléation. Cette dernière sera réservée aux seuls cas où l'œil blessé l'est de façon à ne pouvoir, par aucun secours de notre art, recouvrer ni la forme, ni le volume à peu près normal; elle sera appliquée comme opération tardive, si la menace d'une ophtalmie sympathique se manifeste.

TORNATOLA (Messine). **Sur l'origine du vitré.** — Dès 1892 Tornatola a soutenu, contrairement à l'opinion généralement admise, qu'il était impossible d'accepter les théories de Schaueler et de Kessler, au sujet de l'origine du vitré chez les vertébrés; et ce pour la raison majeure que, même avant l'apparition des vaisseaux ou l'immigration de cellules mésodermiques dans la cavité de la vésicule oculaire secondaire, chez les têtards, les poulets et les mammifères, l'on constaterait déjà, d'après ses recherches, la présence du corps vitré.

Rabl et Fischel ont affirmé que le corps vitré est produit par les cellules dépourvues de noyaux qui se trouvent à la base de la pars ciliaris retinae.

Dans une publication postérieure (1901), Tornatola a ajouté que le corps vitré, bien que produit en grande partie par le pars ciliaris retinæ, a aussi pour origine les éléments qui constituent le tissu de soutien dans la rétine différenciée. Presque contaporanément, Haemers a communiqué une étude dont voici les conclusions : 1° le corps vitré est constitué par des filaments qui naissent de l'ectoderme, et plus exactement de la partie distale de la vésicule oculaire (plan de la rétine); 2° le corps vitré, à l'état embryonnaire, complet ou régénéré, forme un réticulum filamenteux qui se trouve en relations étroites avec la névroglie de la rétine; 3° les cellules qui existent pendant la période embryonnaire apparaissent plus tard que le corps vitré et contribuent seulement à la formation des vaisseaux sanguins; 4° la zonule n'est qu'une partie du corps vitré, organisée dans un but physiologique différent.

La question de l'origine du vitré reste donc posée en ces termes : le corps vitré a-t-il son origine exclusivement dans la portion ciliaire de la rétine, ou bien provient-il d'éléments répandus sur toute la surface rétinienne? Les nouvelles préparations de Tornatola obtenues aussi bien chez des embryons de poulets, de souris, de lapins, de bœufs et d'hommes, que sur des yeux de lapins adultes atteints d'une légère inflammation provoquée du tractus

uvéal, confirment de plus en plus la seconde des hypothèses énoncées. Elles démontrent en effet, que : 1° le corps vitré à l'état normal est toujours constitué par des fibrilles dépourvues de granulations; 2° il n'existe aucune pseudo-cellule dans les points où se croisent les fibres du corps vitré; 3° il n'existe pas dans le corps vitré de fibres à chapelets, mais l'apparence de chapelets appartient à des filaments du corps vitré pathologique; 4° la membrane hyaloïde n'existe pas; 5° il n'y a pas de vraie membrane limitante interne de la rétine; 6° le corps vitré a son origine dans les cellules sans noyaux qui forment la base de la pars ciliaris retinæ et dans les éléments qui, parmi ceux de la rétine différenciée, constituent le tissu de soutien (névroglie). Avec ces cellules le vitré conserve des rapports très étroits.

Bietti (Fribourg). **Ophtalmie métastatique commençante provoquée par le pneumocoque.** — L'ophtalmie métastatique commence toujours par la rétine, dont les vaisseaux, étant d'un calibre très réduit, se prêtent mieux aux embolies bactériennes, et c'est exceptionnellement qu'elle peut débuter dans la choroïde. Dans un cas, dont Bietti montre et décrit les préparations anatomiques, l'ophtalmie métastatique datant de deux jours, lui montra des lésions surtout choroïdiennes (véritables abcès dans la choroïde, avec perforation et nécrose de la rétine contiguë). Dans le pus l'on trouva de nombreux pneumocoques.

Gatti (Ferrare). **Action de quelques toxines bactériennes sur les éléments de la rétine.** — Les expériences de Gatti (contact de la rétine, *in vitro*, avec différentes toxines : diphtérique, pneumococcique, staphylococcique, à différentes périodes de développement) lui permettent les conclusions suivantes : 1° les altérations rétiniennes dues simplement à l'autolyse, dans la chambre humide ou en contact avec son propre sérum, sont en général moins profondes et différentes de celles observées à la suite du contact avec les toxines; 2° par l'autolyse la membrane est en général raréfiée, avec disparition de grand nombre de cellules ganglionnaires et de la plus grande partie des cellules de la couche granulaire interne. Par le contact avec le sérum les phénomènes sont essentiellement les mêmes, bien que la membrane apparaisse épaissie et les éléments un peu mieux conservés; 3° par le contact avec les toxines pneumococcique et diphtérique, l'on obtient un épaississement festonné des couches externes et de presque toute la couche granulaire interne; ces couches se raréfient, se fondent par-ci par-là entre elles, tandis que la couche moléculaire interne et celle des bâtonnets et cônes sont amincies,

compactes, réduites en des granulations très petites et homogènes; la plupart des noyaux sont bien conservés, de même que les cellules ganglionnaires. Le contact avec la toxine staphylococcique prouve à l'évidence le pouvoir lytique très prononcé que cette toxine possède sur tous les éléments de la rétine, ce qui est en accord avec les expériences de Vanderveld, Neisser et Wechsberg sur l'action de la toxine en question sur les éléments du sang.

PANNI (Florence). **Un nouvel appareil pour la mesure de l'étérophorie.** — Cet appareil servirait pour la mesure de l'étérophorie et des déviations latentes des yeux, aussi bien dans l'examen de la vision éloignée que dans l'examen de la vision de près. La description de l'appareil et ses applications sont à lire sur l'original.

LODATO (Palerme). **Nouvelles recherches sur le sympathique cervical en rapport avec la physio-pathologie oculaire.** — L'auteur a voulu provoquer un état irritatif chronique du sympathique cervical et en étudier les effets sur l'appareil oculaire. Chez les chiens et les chats, il a introduit un petit corps étranger dans le ganglion cervical supérieur, ou bien il a provoqué des irritations chimiques persistantes. Chez le lapin il a obtenu dans plusieurs cas le syndrome complet de l'excitation du sympathique cervical, prolongé parfois pendant plusieurs jours; chez les chiens il n'arriva jamais à avoir le même syndrome, et d'une façon constante, car presque toujours, à côté des signes irritatifs, l'on constatait des signes de paralysie du sympathique. Parmi les phénomènes d'excitation, l'auteur put constater, chez un chien, l'augmentation de la tension oculaire persistante pendant plusieurs mois. Une augmentation de la tension se manifesta, dans plusieurs cas, aussi bien en rapport avec un rétrécissement vasculaire superficiel ou profond, qu'en rapport avec une dilatation vasculaire. Même indépendance des phénomènes par rapport à l'exophtalmos, au diamètre de la pupille et à son excitabilité réflexe. Chez un lapin, présentant un hydrophtalmos congénital unilatéral, l'auteur rencontra une hypérémie remarquable du ganglion cervical supérieur du côté hydrophtalmique.

SBORDONE (Naples). **Quel est le procédé simple d'extraction de la cataracte qui rend le plus facile le nettoyage du champ pupillaire?** — Sbordone préfère la section cornéenne faite par ponction et contre-ponction aux extrémités du méridien horizontal de la cornée et en dirigeant ensuite le couteau de façon à porter le point le plus élevé du lambeau à deux millimètres au-

dessous du bord transparent supérieur. Pas d'iridectomie. Après la capsulectomie, expulsion du cristallin aidée, s'il le faut, par l'aiguille ; enfin, nettoyage des masses.

BIETTI (Fribourg). **Action pathogène du bacille dit du Xérosis.** — Gelpke attribue nombre de conjonctivites catarrhales au *bacillus septatus*, qui appartient au groupe des diphtéroïdes, et Pes affirme que le bacille de la diphtérie se rencontre souvent dans des cas de simple conjonctivite catarrhale dont il pourrait être la cause. Les conclusions des recherches de Bietti prouveraient, au contraire, que le bacille diphtéroïde, dit du Xérosis, n'a aucune valeur pathogène.

•

BETELLA (Naples). **Tuberculose de la conjonctive oculo-palpébrale.** — A l'occasion de deux observations personnelles Petella insiste sur la valeur de la lymphe de Koch au point de vue du diagnostic. Il est vrai que, d'après les expériences de Gasparrini et Mercanti, la tuberculine n'a aucune action contre la tuberculose oculaire expérimentale, mais, étant donné la difficulté du diagnostic au point de vue clinique et anatomo-pathologique, dans nombre de cas de tuberculose de la conjonctive (surtout dans les formes granulomateuses disséminées) il ne faudrait pas renoncer tout à fait à l'épreuve de la tuberculine, de préférence la marque T. R. (tuberculine résiduelle de Koch) d'autant plus que le procédé est non seulement sans danger, mais d'une action thérapeutique parfois des plus favorables.

BAJARDI (Turin). **Examen microscopique des vaisseaux de la conjonctive sur le vivant.** — A l'aide d'un microscope binoculaire construit sur les indications du Dr Czapski par la maison Zeis et d'un appareil d'éclairage spécial, Bajardi est arrivé à étudier de près la circulation dans les petits vaisseaux de la conjonctive avec un agrandissement de 63 diamètres et à une distance focale de 30 millimètres. Déjà Donders en 1864 avait étudié la circulation conjonctivale à un grossissement de 53 diamètres, mais ses observations étaient tombées dans l'oubli. L'examen microscopique de la conjonctive sur le vivant peut être très utile dans des questions soit de physiologie, soit de pathologie, en nous renseignant sur l'état des petits vaisseaux périphériques. Cet élément de diagnostic est aussi précieux que celui de l'état des vaisseaux rétiniens montré par l'ophtalmoscope.

COLOMBO (Bologne). **Démonstrations des fibres élastiques dans la cornée de quelques mammifères.** —L'auteur a appli-

qué à l'étude des cornées de bœufs et de lapins, la méthode de Tartuferi pour la démonstration des fibres élastiques. Il décrit aussi une méthode personnelle pour démontrer ces fibres dans la cornée du bœuf en laissant gonfler d'abord le tissu dans la potasse ou dans l'hyposulfite de soude et en le colorant ensuite à l'orcéine.

MORINI (Turin). **A propos d'un cas de mucocèle du sinus frontal droit.** — Le cas de Morini présentait des particularités de début et des caractères objectifs autorisant plutôt au diagnostic de gomme syphilitique ou de néoplasie, que de mucocèle. Le diagnostic exact fut fait au moment de l'opération.

BENEDETTI (Rome). **Le fluorure d'argent dans les affections des voies lacrymales.** — Ce sel d'argent en solution plus ou moins concentrée (1 pour 1,000 jusqu'à 1 pour 100,000) a donné à Benedetti d'excellents résultats dans le traitement des conjonctivites et des affections des voies lacrymales accompagnées de sécrétion.

GALLENGA (Parme). **Anévrisme anastomotique de la région sourcilière; guérison après injections coagulentes d'hydrate de chloral.** — Chez une jeune fille de 15 ans, à la suite d'un traumatisme, il s'était formé au milieu de l'arcade sourcilière droite une tumeur grosse comme une noisette présentant des pulsations synchrones avec le pouls et laissant entendre un bruit artériel; la compression de l'artère temporale superficielle surtout de sa branche antérieure ou frontale, ou la compression aussi de l'artère naso-frontale dans l'angle supero-interne de l'orbite, entrainait une réduction de volume de la tumeur, avec diminution jusqu'à cessation des pulsations. Dans l'espace de quatre mois l'on pratiqua, d'après l'avis du prof. Bassini, 6 fois une injection de plusieurs gouttes de solution d'hydrate de chloral et eau stérilisée à parties égales. Dans chaque séance, l'on pratiquait trois ou quatre piqûres successives pendant la compression sur l'artére temporo-frontale et naso-frontale, compression qui était continuée pendant une demi-heure. La réduction progressive de la tumeur aboutit à un ratatinement complet et la guérison persiste depuis un an et demi.

ROMBOLOTTI (Milan). **Une nouvelle méthode pour provoquer expérimentalement le glaucome.** — Le procédé de Rombolotti consiste à provoquer l'occlusion de la pupille par une synéchie postérieure annulaire de l'iris. Chez le lapin, l'auteur a introduit dans la chambre antérieure des rondelles très minces de celluloïde ou de taffetas anglais, en les appliquant sur la pupille à travers un lambeau cornéen assez large. L'opération est suivie d'une iridocyclite grave avec kératite profonde et augmentation de

la tension pendant toute la durée du processus. L'adhérence totale de l'iris à la cornée et la formation d'une membrane néoconnectivale préirienne et pupillaire expliqueraient ce glaucome secondaire.

CAPELLINI (Parme). **Lésions traumatiques oculaires.** — Compte rendu statistique et discussion de cas remarquables.

GALLIANI (Salerne). **Un irrigateur oculaire pour le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.** — L'instrument de Galliani, constitué essentiellement par un tube ovalaire en argent, serait destiné à rester presque à demeure dans le fornix, pour que l'on puisse y adapter une poire en caoutchouc poussant le liquide destiné au lavage.

GALLIANI (Salerne). **Procédé à double suture pour le traitement de l'entropion cicatriciel.**

FUMAGALLI (Turin). **Le traitement de la conjonctivite granuleuse à l'aide des injections sous-conjonctivales de solution phéniquée à 5 ⁰/₀.** — L'auteur a expérimenté la méthode proposée par Niemtcheukow, dans 20 cas de vrai trachome, et presque toujours les résultats ont été des plus favorables. Il s'agit de renverser la paupière supérieure, d'introduire l'aiguille vers l'angle externe, à l'endroit de passage de la conjonctive palpébrale dans le cul-de-sac et d'injecter très lentement un quart de seringue de la solution phéniquée ayant soin de ne pas pousser l'aiguille au delà du tissu sous-conjonctival. La même injection est pratiquée dans la région de l'angle interne et aux deux extrémités du cul-de-sac inférieur. On peut aussi pratiquer l'injection directement sous la conjonctive du fornix. L'injection n'est pas ou presque pas douloureuse; elle provoque une hypérémie et une infiltration de la muqueuse et sous-muqueuse qui atteint son maximum en vingt-quatre heures, avec œdème palbébral prononcé, qui cède lentement en six à huit jours. La conjonctive bulbaire et le bulbe ne sont pas atteints, la sécrétion cesse, s'il y en avait avant, et, dans l'espace d'un mois, après deux ou trois injections, la guérison, ou tout au moins l'amélioration, très remarquable, sont assurées.

FUMAGALLI (Turin). **Syphilome primaire du bord palpébral supérieur.**

FUMAGALLI (Turin). **Syphilide tertiaire simulant un épithéliome cutané de la région du sac lacrymal.** — Chez une femme de 60 ans, vaste ulcération cutanée à bords infiltrés, à fond

grisâtre, ayant évolué dans l'espace de six ans, ayant détruit la caroncule et une petite partie du bord palbébral inférieur. Une injection de calomel dans la fesse ayant provoqué des modifications remarquables de l'ulcération, le traitement mercuriel fut poursuivi et amena la guérison complète.

SANTUCCI. **Contribution à l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.** — Chez un homme de 26 ans, l'affection aurait fait suite à une attaque de rhumatisme articulaire aigu; guérison à la suite du traitement salycilique.

MARCHETTI (Florence). **Fibrome du nerf sous-orbitaire.**

SGROSSO (Naples). **Kyste lymphatique volumineux du limbe conjonctival.** — Tumeur grosse comme un haricot, adhérente à la conjonctive et à la sclérotique du côté interne de l'œil droit. D'après l'examen microscopique, elle était née par fusion de plusieurs vaisseaux et espaces lymphatiques dilatés.

GASPARRINI (Sienne). **Gomme de l'iris par syphilis héréditaire tardive.** — Homme de 22 ans, présentant un granulome du petit cercle de l'iris en haut, de couleur jaunâtre non vascularisé. Les altérations des tibias, les malformations dentaires et surtout les stigmates ophtalmoscopiques ayant fait soupçonner la syphilis héréditaire, le traitement spécifique fut institué et amena en quelques semaines la guérison complète.

GASPARRINI (Sienne). **Rapports entre la névrite optique et le glaucome.** — Les rapports entre une névrite optique constatée précédemment à l'ophtalmoscope et le glaucome ont été signalés dans plusieurs cas, surtout après des névrites optiques par influenza. Gasparrini en relate deux cas bien probants au point de vue clinique.

TROMBETTA (Florence). **Nouvelles expériences sur l'origine du nystagmus.** — D'après Trombetta, le nystagmus est un phénomène irritatif et non paralytique, provoqué par une excitation de l'ampoule auditive, la direction des mouvements nystagmiques étant en rapport direct avec l'irritation d'un des canaux semi-circulaires. Le nystagmus acquis, des adultes, tiendrait à des troubles labyrinthiques et de récentes expériences de Trombetta et Ostino, sur les chiens et sur l'homme, prouveraient que les bruits prolongés dans des locaux souterrains faiblement éclairés, ou même dans l'éclairage diffus du jour, sont capables de provoquer le nystagmus.

BONFIGLIO (Girgenti). **La curette de Wolkmann dans le traitement du trachome.**

CASALI (Florence). **Ophtalmie métastatique par diplocoque Talamon-Fraenckel.** — Dans un cas de pneumonie lobaire gauche, où l'examen bactériologique du sang montra le pneumocoque, l'œil gauche fut pris, au douzième jour de la maladie, de panophtalmie à forme subaiguë. Mort au bout de vingt-six jours. L'humeur aqueuse s'était montrée stérile; le liquide aspiré dans l'espace du vitré montra le diplocoque Talamon-Fraenckel à l'état de pureté (préparations microscopiques, cultures, injections aux lapins). Après le cas de Ferri et celui de Herneiser, celui de Casali serait le troisième d'une complication oculaire métastatique si nette de pneumonie.

CASALI (Florence). **La distance entre macula et papille et l'étendue de la tache aveugle de Mariotte dans les yeux amétropiques.** — A l'aide du disque de Uhtohff et d'un dispositif spécial, Casali a fait des recherches sur 10 yeux emmétropes, 20 hypermétropes et 22 myopes. Dans l'emmétropie, il a trouvé des valeurs légèrement supérieures à celles de Landolt et Dobrovoski, et en accord avec celles de Volpe, de Palerme. Dans l'hypermétropie et les myopies faibles, les chiffres s'écartent très peu de ceux de l'emmétropie, tandis que dans les hypermétropies et les myopies moyennes, les chiffres deviennent respectivement plus et moins élevés. Dans les amétropies fortes, les résultats de Casali concordent avec ceux de Volpe, Landolt, Dobrovoski, Botto et Schleigh. Dans l'emmétropie et dans l'hypermétropie, le diamètre horizontal de la tache aveugle est en moyenne de 5 degrés, et le diamètre vertical varie en moyenne entre 6 et 7 degrés, tandis que dans la myopie les deux diamètres présentent parfois de plus vastes étendues, surtout lorsqu'il existe un staphylome postérieur.

TADDUCCI (Florence). **Les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium dans le décollement de la rétine.** — Dans 7 cas de décollement, 2 anciens, datant de cinq à six mois, et les autres récents (datant de huit à vingt-cinq jours), l'auteur a expérimenté des injections de chlorure de sodium en solutions à 3, 4, 5, 10, et même 20 0/0, sous la conjonctive bulbaire à l'endroit même du décollement. Les résultats ont été nuls dans les décollements anciens, insignifiants ou presque, et en tout cas seulement passagers dans les cas récents, en somme, le traitement ne présenterait aucun avantage sur les autres généralement adoptés.

BARDELLI (Florence). — **Un cas remarquable de cysticerque intraoculaire.** — Observation ophtalmoscopique trente-cinq jours après les premiers troubles subjectifs. Le malade s'étant refusé à l'extraction, il s'en suivit une iridocyclite violente, etc., nécessitant l'énucléation. A l'autopsie, le cysticerque complètement développé, se trouvait dans le vitré ayant gardé des adhérences avec la choroïde.

CANNAS (Turin). **Une modification au processus opératoire du ptosis.** — Cannas suture le tendon du releveur de la paupière au centre musculaire du droit supérieur.

CANNAS (Turin). **Contribution à la pathogénie du trachome.** — Les recherches bactériologiques dans 29 cas de trachome ont montré à Cannas grand nombre d'espèces microbiennes pathogènes (staphilocoque blanc, staphilocoque jaune, bacille de Koch-Weecks, pneumocoque, diplobacilles de Morax-Axenfeld, bacilles pseudo-diphtériques, etc.). Cannas croit que les altérations anatomopathologiques du trachome ne tiennent pas à une infection spécifique, mais qu'elles représentent une réaction particulière de la couche lymphoïde de la conjonctive à un agent quelconque capable de provoquer une conjonctivite à allure subaiguë ou chronique.

LAVAGNA (Monaco-Principauté). **Anévrisme rétro-bulbaire; observation clinique et de chirurgie oculaire.** — L'intérêt très grand du cas observé et opéré avec un plein succès par Lavagna se trouve dans des détails qu'il serait impossible de résumer.

MORGANO (Catane). **Le vasogène iodé dans quelques formes de conjonctivite.** — Il s'agit du iodo-vasogène à 3 0/0 fourni par la maison Pearson. En badigeonnages ou en instillations, ce médicament est très bien supporté et très efficace dans les conjonctivites granuleuses, dans les formes d'hypertrophie papillaire, dans le pannus herpétique, même avec ulcération de la cornée. Son action, d'après Schilel, ne serait pas simplement caustique, antiseptique et astringente, mais aussi spécifique contre la leucocytose des membranes et des follicules, et cela à cause de l'iode.

MORGANO (Catane). **Encore les injections sous-conjonctivales de sels physiologiques de Pochl dans les décollements de la rétine.** — Ces injections continueraient à donner à Morgano les plus brillants résultats, même dans des cas de rechute du décollement, chaque fois recollé et définitivement guéri. La tolérabilité parfaite de ces injections, qui ne provoquent ni douleurs,

ni adhérences sous-conjonctivales, permet de les répéter autant de fois qu'il est nécessaire, même dans un but préventif de rechute, ce qui représente un grand avantage sur les injections de chlorure de sodium.

SALVO (Trapani). **L'ichthyol dans les kératites.** — Le pouvoir antiseptique et vaso-constricteur de l'ichthyol donnerait (suivant Salvo), les meilleurs résultats dans le traitement des kératites ulcéreuses de nature lymphatique.

SALVO (Trapani). **Extraction de fragments métalliques de la région cilio-irienne.**

A. SEVERI (Modène). **Sarcome de l'orbite chez un nouveau-né.** — Cas analogue à celui récent de Polignani. Autopsie, examen histologique confirmant le diagnostic de sarcome parvi-cellulaire à éléments ronds ou fusiformes.

MAURIZI (Rome). **L'aspirine en ophtalmologie.** — Une vingtaine d'observations ont convaincu Maurizi que l'aspirine est destinée à remplacer le salicylate de soude dans les manifestations rhumatismales aiguës, et cela, non seulement comme calmant des symptômes douloureux, mais aussi comme traitement étiologique radical pouvant conjurer les complications ou les conséquences graves, par exemple les synéchies et le glaucome, dans le rhumatisme oculaire.

Prof. TARTUFERI (Bologne). **Anatomie pathologique des dacryocystites catarrhales et purulentes chroniques, raclage du canal naso-lacrymal.** — Comme le titre l'indique, le travail de M. Tartuferi, très long, très minutieux, accompagné de nombreuses planches, reproduisant par la micro-photographie ses préparations histologiques, met au point l'anatomie pathologique des dacryocystites et de leurs conséquences (sténose, etc.). Ce genre de travail est à lire dans l'original, et les lecteurs français trouveront le mémoire dans les *Archives d'ophtalmologie* de l'année dernière. Pour le traitement des dacryocystites purulentes chroniques, Tartuferi préconise le raclage en introduisant par le canalicule, après strioturotomie, des curettes spéciales à tiges flexibles.

VALENTI (Rome). **Importance des collyres aseptiques.** — De ses recherches expérimentales, nombreuses et bien conduites, Valenti conclut qu'il est tout à fait indiqué d'ajouter, aux collyres ordinaires d'alcaloïde, 10 gouttes de solution de sublimé à 1 pour 1,000 pour 10 à 12 grammes d'eau distillée.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE BERLIN

(Juillet 1902)

FEHR. **Cornes de la paupière.** — Les théories actuelles en font un produit épidermique, ou papillaire : les coupes en long et en travers ont montré à l'auteur une origine nettement papillaire.

FEHR. **Kératomalacie.** — Le traitement de cette affection dans le service du professeur Hirschberg comporte : amélioration de l'état général, pansement humide évitant le dessèchement, l'infection et la nécrose superficielle de la cornée ; l'enfant sortit au bout de trois semaines et la guérison s'est maintenue.

HIRSCHBERG. **Electro-aimant et perforation double du globe par un éclat métallique** (analysé).

HIRSCHBERG. **Hirius inguinalis de la paupière**, en clientèle privée.

ROSENSTEIN. **Tatouage de la cornée.** — Un œil gravement compromis par une flèche, dix-huit ans avant, et néanmoins conservé revient pour être tatoué ; neuf jours après, des accidents de sympathie imposent l'énucléation : l'examen microscopique de la cornée (hématoxyline et van Giesen) montre la plus grande partie du tatouage dans les couches superficielles, une partie a pénétré profondément, par le piquage lui-même. Dans les fentes lymphatiques, on le voit sous la forme de petits noyaux déjà très éloignés des masses principales. Rien dans les vaisseaux.

ROSENSTEIN. **La tumeur congénitale de la conjonctive bulbaire.** — Aplatie, limitée au limbe et se fondant vers l'équateur, paraît un lipadermoïde.

FEHR. **Plaie perforante de la région ciliaire**, qui fut suturée et guérit normalement, mais il se produisit un *papille de stase*, malgré la vision normale, et le champ visuel intact. Cet aspect persiste, typique et ne peut être expliqué. Hirschberg en 1888 a déjà présenté un cas semblable. La cause est-elle mécanique ou plutôt inflammatoire ; la guérison est en tout cas, rare.

SCHÖLER. **Pemphigus et vésicules cornéennes.** — Les récidives généralisées rendent la guérison difficile : un cas laissa beaucoup de photophobie et de larmoiement ; un autre guérit finalement en totalité. — Dr A. BOUCHART.

ANALYSE DES JOURNAUX ALLEMANDS

(1er trimestre 1903)

Par le Dr A. BOUCHART

KUHNT présente un **nouveau procédé d'opération de la cataracte secondaire compliquée** : il fait une iridotomie au couteau de Guefe par double transfixion horizontale de l'iris, attirée en haut vers l'incision destractive. La cornée est également transfixée en deux points opposés, au delà du limbe, et suivant deux lignes presque verticales parallèles aux lignes de sections iriennes : le procédé rappelle la kérato-capsulotomie en un seul temps, de Gayet. Ce procédé est recommandé par l'auteur : quand l'iridotomie double ou l'extraction capsulaire à la pince sont impossibles; quand on redoute l'issue ou la liquéfaction du vitré; dans les adhérences considérables de l'iris et de la capsule par uveïte chronique (*Zeitschrift f. Augenh.*).

REIMAR étudie les **modifications visibles de la colonne sanguine dans les vaisseaux de la conjonctive, de la cornée, et de la rétine**, à l'état normal, puis dans les modifications expérimentales de la pression oculaire, ou du tonus vasculaire. Un ralentissement du courant indique un certain rétrécissement en amont ou en aval : en amont ce peut être une embolie rétinienne, que l'auteur a montré être un rétrécissement de l'artère par endartérite proliférante; en aval c'est le phénomène observé par Augstein pendant la régression des vaisseaux néoformés de la cornée. Comme les capillaires disparaissent successivement, l'apport total dans les vaisseaux plus gros diminue, et le courant se ralentit. Cet aspect granuleux du courant apparaît aussi après une instillation d'extrait de capsules surrénales. Le courant granuleux, comme le courant cylindrique sont des phénomènes physiques dus à ce que le ralentissement conduit à la sédimentation et l'agglutination des éléments figurés. Mais ce phénomène physiologique indique un ralentissement anormal, et c'est là le côté pathologique. Dans l'embolie de l'artère centrale l'aspect typique de trouble rétinien n'apparaît qu'au bout d'un certain temps, et comme très souvent il s'agit d'endartérite proliférante, on peut voir sur les artères des lésions semblables à la cause, sous forme de rétrécissement du calibre ou d'épaississement de la paroi. Quand la circulation se fait en grains ou en cylindres, c'est qu'il y a plus haut un rétrécissement notable. Un embolus ou un

thrombus amènerait une obstruction complète, avec disparition complète de la colonne sanguine. La cessation des pulsations ne suffit pas à diagnostiquer l'obstruction et un courant faible, ténu, et ralenti amène l'agglutination des éléments (*Id.*).

HERFORD. **Cololome (avec ponts) de l'iris et de la choroïde.** — L'auteur rapproche 6 autres cas de Hoffmann, Hirschberg, V. Becker, Veasey, Retze; il rappelle les théories de Manz et insiste sur le fait qu'aucun scotome ne correspond au cololome choroïdien. Du reste les examens microscopiques ont toujours montré que la rétine altérée, ou mal formée existait néanmoins en ces points; l'obstacle à la fermeture de la vésicule secondaire externe peut en effet ne pas empêcher l'achèvement de la vésicule primaire interne; la présence de vaisseaux rétiniens ne suffit pas à affirmer l'existence d'une rétine sur ces trous de la choroïde. Les affections fœtales admises par Leber peuvent ne laisser aucune trace, de même que certaines maladies *post-natum* (*Id.*).

KRUGER à propos du sérum pneumococcique de Rœhmer reprend la **bactériologie de l'ulcus serpens corneæ.** — Il conclut à des bâtonnets apparaissant par deux (jamais plus), droits, sans capsule, sans spores, sans mouvements propres. D'après les caractères de culture, Kruger ne croit pas pouvoir les classer parmi les bactéries (de Cohn) ni dans le groupe des pneumobactéries de Friedländer; pour lui cet élément se rapprocherait plutôt du genre proteus de Hauser (*Id.*).

GERMANUS FLATAU. **Etiologie de la panophthalmie.** — L'auteur reprend les recherches d'Hirda qui portaient sur trois cas à pneumocoques. Il présente à son tour trois cas, dont un énucléé, et deux exentérés; dans un, il s'agissait de staphylocoque blanc, dans les deux autres de pneumocoque. Il confirme l'opinion de son maître Schirmer au sujet de la difficulté et du pendentalité des cultures de ces microbes extraits du vitré : leur facilité de nutrition dans ce milieu explique qu'il est fort nécessaire d'utiliser ensuite les substances les plus nutritives (sérum de Löffel) et encore leur vitalité est-elle très brève. (*Id.*)

POLLACK attire l'attention sur une **altération de la sclérotique dans la panophthalmie** qui rentre dans la microchimie : la coloration par l'hématzilyne-éosine, au lieu d'une teinte uniforme, donne une couleur rouge dans les couches externes, et nettement bleue dans les internes : l'auteur pense à une substance voisine de la mucine. La réaction lui semble constante dans les processus suppurés iridochoroïdiens. (*Id.*)

HIRSCHBERG. **Electro-aimant et perforation double du globe par un éclat de fer.** — L'auteur, sur la première question, affirme que l'extraction du corps étranger avec l'extrémité de l'aimant n'amène pas forcément le décollement rétinien plus ou moins éloigné. Il a revu des malades après six, douze, quinze ans et plus, conservant une vision excellente, et aucune lésion consécutive. Pour le deuxième point l'auteur écarte d'abord nombre de cas qui ne paraissent pas rentrer dans ce groupe où sont insuffisamment exposés. En présence d'une perforation de l'œil (surtout par éclat de fer ou d'acier) on doit se demander : 1° La perforation est-elle simple ? 2° Le corps étranger est-il dans l'œil ? Une perforation simple peut guérir simplement; un corps étranger dans le vitré ou dans la rétine conduit tôt ou tard à la perte de l'œil : aussi devons-nous opérer des cas récents, d'autant plus qu'on ignore le degré d'infection du corps étranger, et que l'extraction sera plus facile avant la néoformation d'alentour. Il faut pour cela un diagnostic précis que nous demanderons à la sidéroscopie et à la radiographie. La perforation double est un fait exceptionnel, l'éclat métallique est alors sans danger mais à la condition que ses dimensions ne lui permettent pas d'être resté encore en contact avec la choroïde ou la rétine. Un cas survenu en mai 1901, examiné plusieurs fois et avec soin, a été revu en octobre 1902 avec une vision excellente. Un second cas datant de 1897 et revu en septembre 1902 n'a jamais présenté de signe positif à la sidéroscopie, et on voit maintenant une cicatrice de 2 mm. à côté de la papille, léger trouble vitréen, en particulier un filament à extrémité renflée et brillante; mais qui n'est pas le corps métallique. Malheureusement la rétine par contiguïté à la plaie de sortie a subi des altérations atteignant la tache jaune. La sidéroscopie donne maintenant une réaction nette en bas et en dehors, et la radiographie montre un corps métallique situé loin derrière le bulbe. Ainsi, il n'y a pas de signe positif de la double perforation, mais seulement des signes négatifs : dans les cas récents, pas de corps étranger visible, sidéroscopie négative. Plus tard la cicatrice apparaît sans la rétraction qui se produit toujours au tour d'un éclat métallique. Enfin une radiographie à éclairage temporal, confirmée par une autre à éclairage maxillaire fixent la position du corps étranger (*Centralblatt f. Augenh.*, janvier).

PAUL MEYER. **Valeur de la thérapeutique argentique de Crédé dans les affections oculaires.** — L'auteur considère successivement l'itrol, l'actol et le collargol. — Le pansement humide à l'itrol (1/3,800), additionné de collargol 1 p. 1,000; la cure par friction à l'onguent au collargol, s'associent heureusement dans les diffé-

rentes lésions traumatiques infectées de l'œil et de ses annexes ; de même le pansement au collargol, ou son injection intraveineuse. — L'auteur n'a pas encore pratiqué d'opérations oculaires sous l'antisepsie obtenue par l'itrol, mais il les recommande et ne doute pas de leur sécurité, surtout après un lavage préalable à l'itrol, 24 heures avant. L'itrol a été efficace en friction contre les granulations trachomateuses préalablement exprimées à la pince-rouleaux, de même contre le pannus (contre le pannus phlycténulaire l'auteur recommande davantage le cuprocitrol). Dans les ulcères cornéens, la poudre d'itrol arrête la formation d'hypopyon et les symptômes irido-ciliaires ; on peut ajouter le traitement argentique en frictions cutanées ou en injection intra-veineuse. L'évolution a toujours été accélérée et favorable. — Il propose l'usage de bâtonnets d'itrol dans la panophthalmie avec une imprégnation argentique générale de l'organisme. Dans les affections tuberculeuses seules, l'iodoforme conserve sa supériorité. La douleur à l'itrol vient de la nécessité d'une insufflation vive de la poudre ; il faut des préparations non altérées par l'air ou la lumière. La lotion au collargol qui suit les journées de pansement à l'itrol paraît accélérer la résorption du sang extravasé par une vaso-constriction spéciale. Le grand avantage de cette méthode est l'absence de toute irritation. L'auteur prie tout lecteur de lui adresser tout ce qui peut contribuer à la connaissance plus approfondie de cette méthode (*Id.*, février).

WOLFFLIN. **Forme rare de perforation de la cornée.** — Une branche d'arbre avait frappé une cornée de façon à détacher et retourner un lambeau triangulaire comprenant presque le quart de cette membrane : le second jour seulement on vit sur le chémosis énorme, ce lambeau éversé qui put être remis en place, il avait 4 à 5 millimètres de long sur 3 millim. 5 de haut ; mais la rétraction survint, la réunion se fit néanmoins avec une certaine conservation de la transparence ; plus tard, l'iris s'atrophia, et le cristallin fut cataracté. Il est à remarquer que la nutrition par le limbe seul, a suffi à ce lambeau, pendant plus de soixante heures, et qu'il conserva ainsi sa transparence grâce au blépharospasme qui le protégeait contre la dessication (*Id.*, février).

STEINDORFF. **Influence de la température et de la saison sur la production des accès de glaucome aigu primaire.** — Depuis longtemps l'auteur soutient que l'accès de glaucome aigu primaire apparaît surtout dans la saison froide. Si on ne considère que les cas exactement notés, survenus dans des localités dont la température à une date donnée soit sûrement connue, tout en

tenant compte des autres éléments (faim, dilatation pupillaire, etc....), on voit alors que le maximum est entre septembre et février (exactement en janvier) et le minimum en juin-juillet. L'auteur admet l'influence de la dilatation pupillaire due à la diminution de la lumière solaire; de même cette luminosité moindre force à une accommodation plus grande pour mieux voir, le cristallin avance et repousse la base de l'iris. Ce phénomène est à rapprocher de la fréquence du glaucome chez les hyperopes (V. Gnefe et Laqueur) (*Id.*, février).

STEINER. **Traitement de l'ectropion de la paupière inférieure.** — L'auteur tenta de perfectionner le procédé de Snellen par une dissection de la conjonctive palpébrale inférieure qu'il fixe ensuite par des points selon Snellen dans un sillon préalablement mesuré et pratiqué. Plus tard il pratiqua ce décollement par une petite ouverture cutanée, située au-dessous de la commissure externe. Il préfère son procédé à celui de Diffenbach, évidemment plus défigurant (*Id.*, mars).

LŒSER. **Symblépharon rare.** — Au cours d'une conjonctivite grave à gonocoques la conjonctive palpébrale supérieure contracta avec la cornée une adhérence comprenant le tiers de la moitié supérieure, presque jusqu'au centre. Cette espèce de pseudoptérygion diffère de ceux qu'on connaît en ce que la conjonctive vient non du limbe mais de la paupière, et en ce que la base sur la cornée en est continuée et sans lacune. L'ulcère était trop central pour être recouvert par le chémosis et c'est la paupière qui a adhéré et guéri l'ulcère par cette transplantation. La libération sans excision fût pratiquée et suffit : la conjonctive se rétracta peu à peu (*Id.*, mars).

MORIZ SACHS présente un cas de **mélano-sarcome de la choroïde** ayant débuté dans le quadrant inféro-interne. Le diagnostic fut fait à l'aide de la lampe perfectionnée de Sachs, qui permet l'illumination de l'œil à travers la sclérotique et les paupières. Cette lampe de 16 à 26 bougies s'adapte par une extrémité large de 3 millimètres seulement, sur la convexité du globe. On voit assez nettement le fond d'œil, sans dilatation pupillaire quand l'épaisseur de la paroi permet le passage de la lumière. Dans le cas présent on peut conclure à un épaississement de la paroi, et à un soulèvement de la rétine par une tumeur arrondie et non par un liquide. Gärtner rappelle que l'idée du bâton de verre pour conduire la lumière lui appartient (Société de médecine de Vienne, in *Wiener klinische Rundschau*). — Dr A. BOUCHART.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Précis de technique microscopique de l'œil, par A. Monthus et Opin. — Excellent travail concernant la technique ophtalmologique de laboratoire que doit connaître tout spécialiste.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : la première est consacrée à la bactériologie; la seconde à la technique histologique générale; la troisième à la technique spéciale; la quatrième enfin à la technique appliquée.

Ouvrage parfaitement exposé, très utile pour les débutants, d'une lecture facile et que tout praticien sera heureux d'avoir sous la main. E. Sendral.

Deux cas de paralysie isolée de la VI^e^ paire consécutive à des traumatismes crâniens, par H. Le Roux. — C'est à M. le professeur Panas en 1876 que nous devons la connaissance des rapports intimes existant entre le nerf de la VI^e^ paire et la pointe du rocher, siège habituel des fractures. Depuis le sujet a été étudié entre autres par Chevallereau, Ch. Nélaton et son élève Genouville (1894). Ces deux derniers auteurs constatèrent à l'autopsie d'un malade atteint de paralysie isolée de la VI^e^ paire l'existence d'une fracture longitudinale du rocher avec un éclatement de son sommet, siégeant exactement au point où le nerf est en contact avec ce sommet avant d'entrer dans le sinus caverneux. A cet endroit, un petit os wormien est rattaché au sommet du rocher par un mince pédicule; or d'après Farabeuf, cet osselet n'est séparé du nerf que par un faisceau fileux appelé ligament petro-occipita qui n'est autre chose qu'une émanation de la dure-mère. Dans les fractures longitudinales du rocher cet osselet se brise et peut alors blesser ou comprimer le nerf (Félizet). Dans d'autres cas la compression peut se faire par le sang extravasé dans le crâne.

Les fractures de la base du crâne et plus particulièrement du rocher sont rares chez les enfants et le nouveau-né. Notre confrère de Caen en relate 2 observations très intéressantes. La première observation concerne 1 cas de paralysie traumatique de 2 moteurs externes chez un enfant de 6 ans; la paralysie du côté gauche guérit étant due probablement à la compression du filet nerveux par un épanchement causé par la rupture d'un des sinus pétreux, probablement l'inférieur en raison de l'intimité de rapport de ces deux organes. Celle du côté droit fut rebelle étant due vraisemblablement à la blessure du nerf par un fragment osseux

avec enclavement dans un cal. Dans la seconde observation suivie de guérison, il y avait simple compression par un épanchement sanguin.

L'auteur rappelle l'opinion de Chevallereau d'après laquelle cette paralysie peut succéder à des traumatismes peu graves, à une simple contusion sans fracture. Pour l'auteur, la présence de l'otorrhagie, plaide en faveur de la fracture, et en est un excellent signe bien que parfois elle est due à la simple rupture du tympan. (*L'Année médicale de Caen*, janvier 1903.) E. SENDRAL.

Un cas d'iritis ourlienne, par A. COLLOMB. — Les manifestations oculaires des oreillons sont assez bien connues (Hatry, Talon, Blanchard, Dor, Péchin, Sendral), mais les lésions de l'iris et du tractus uvéal sont rares et on n'en trouve aucune mention dans le travail d'ensemble publié par Sendral[1]. L'auteur ne cite que l'observation de Péchin concernant un cas d'iritis ourlienne et le cas de Burtreff cité par ce dernier. Notre confrère étudie un cas d'iritis double où la relation étiologique est nette et incontestable; alors que dans le cas de Péchin, la localisation irienne se manifestait assez tard dans la convalescence, ici l'infection oculaire est contemporaine de l'engorgement parotidien.

L'iritis ourlienne présente le caractère d'une *inflammation subaiguë* sans grandes réactions locales; bien que bénigne elle peut s'accompagner de complications du segment postérieur, hyalitis, congestion papillaire; l'inflammation irienne paraît frapper plus spécialement les assises cellulaires profondes de l'iris, que sa face antérieure. Travail excellent qui vient s'ajouter à ceux ayant paru dans ces derniers temps et qui complète l'étude des *oreillons oculaires*. Ces complications oculaires des oreillons, rappelons-le, sont inconnues ou peu connues des médecins généraux et il en est fait à peine mention dans les classiques qui ne citent que la dacryo-adénite. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 janvier 1903.) E. SENDRAL.

Ulcère trophique de la cornée (kératite neuro-paralytique), par E. BERGER et ROBERT LŒWY. — Les *théories de l'ulcère trophique* sont très nombreuses et les idées de Magendie sont plus généralement admises; il avait reconnu que la section du trijumeau provoquait chez l'animal en dehors de l'anesthésie des régions innervées par le nerf, une kératite suppurée qui entraînait la perte de l'œil. Il attribuait cette kératite à une lésion des nerfs trophiques de la cornée, nerfs réunis au trijumeau.

1. Sendral, Des oreillons oculaires, *Rec. d'ophtalmologie*, février 1901.

Les autres théories eurent moins de partisans (vaso-motrice, mécanique, microbienne).

La théorie de la *kératite xérotique* de de Graefe n'est pas soutenable, non plus que celle de la lésion du ganglion ciliaire de V. Grosz qui est vraie chez les animaux, mais non chez l'homme (TERRIEN).

Dans l'*étiologie* de cette affection, ce sont les fractures de la base du crâne et plus spécialement du rocher qui entraînent les lésions du trijumeau. Ces accidents sont tantôt immédiats (contusions, déchirures, compressions par esquilles osseuses par exemple), tantôt tardifs (cals, hémorragies, méningite, etc.). Cependant, en dehors du traumatisme, les altérations ou compressions du nerf par les tumeurs de la base du crâne ne sont pas rares.

L'étude de la *symptomatolgie* indique vers le troisième jour du traumatisme l'altération rapide de l'épithélium cornéen qui aboutit à l'ulcère; cet ulcère entraîne souvent rapidement la panophtalmie et l'atrophie du globe.

Il existe dans tous les cas de kératite neuro-paralytique une anesthésie de la cornée, des régions tributaires du trijumeau et assez souvent des troubles vaso-moteurs (œdème de la joue) et trophiques (ulcères du nez et de la bouche, alopécie en aires, otite moyenne).

L'*évolution* de la maladie est lente, assez irrégulière, en dehors des cas où elle entraîne d'emblée la suppuration du globe.

En étudiant la *physiologie pathologique*, les auteurs disent qu'on peut proposer deux hypothèses et admettre ou que les fibres trophiques de la cornée se séparent du trijumeau avant le ganglion de Gasser ou qu'un dédoublement se fait dans ces fibres trophiques, une partie très faible pénétrant dans le ganglion, l'autre très importante se rendant directement au plexus caverneux. Cette dernière hypothèse nous expliquerait les cas où l'extirpation du ganglion de Gasser entraîne les troubles trophiques et, d'autre part, ces faits nombreux où l'extirpation du Gasser, sans amener de troubles profonds, a néanmoins un retentissement net sur la vitalité de la cornée et amoindrit sa résistance.

Dans l'étude du *diagnostic*, l'auteur rappelle qu'on constate une anesthésie de la cornée, de la conjonctive et d'autres régions animées par le trijumeau. Cependant il rappelle que d'autres affections communes peuvent être accompagnées d'anesthésie, tel l'*ulcère rodens*, mais ici elle est localisée à la cornée; de plus, dans cette variété d'ulcère, le début a lieu à la périphérie de la cornée tandis que l'ulcère trophique siège au centre et a une forme ronde. Il différencie encore l'ulcère trophique et la *kératomalacie* qui n'ont de commun que l'insensibilité de la cornée et

le peu de réaction; cette dernière affection d'ailleurs se voit dans le choléra, les agonies prolongées, l'encéphalite aiguë des enfants et est due à une eschare cornéenne provoquée par la pression du rebord de la paupière supérieure, ce qui donne l'explication de la forme ovalaire à grand axe horizontal de l'ulcère.

Le *pronostic* ne dépend nullement du degré d'anesthésie mais plutôt de l'affection causale; c'est ainsi que les troubles trophiques provenant de maladies incurables (tumeurs malignes du cerveau, de la base du crâne, etc.) sont d'un pronostic plus sombre que ceux occasionnés par les hémorragies ou la syphilis.

Le *traitement* doit être causal tout en s'adressant à l'ulcère : application d'eau salée physiologique en permanence, usage discret de l'iodoforme en raison de la sensibilité spéciale de l'ulcère à l'égard des médicaments qui peuvent être très souvent nuisibles. L'électricité et la stychnine ont une action sur les fibres nerveuses dont les altérations sont la cause de la kératite neuro-paralytique. Nous avons tenu à présenter à nos lecteurs ce travail d'un sujet qui est cher à MM. Berger et Lœwy. En effet, dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 décembre 1902, ils ont déjà publié une observation du plus haut intérêt qui semble démontrer l'hypothèse de l'existence des nerfs trophiques cornéens. (*Gazette des hôpitaux*, 10 janvier 1903.) E. SENDRAL.

Ossification de la choroïde, par MM. BADAL et AUBARET. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie un œil énucléé au mois de décembre dernier et qui constitue un exemple intéressant d'ossification de la choroïde.

Cet œil, malade depuis de très longues années, a autrefois présenté des lésions de choroïdite myopique qui se compliqua de décollement rétinien. A plusieurs reprises des poussées d'iridochoroïdite survenaient d'une façon passagère. Le cristallin s'était peu à peu cataracté et avait subi la dégénérescence calcaire. Il y a deux ans, une véritable poussée de glaucome ayant éclaté, on songea à pratiquer l'énucléation qui fut refusée, et l'arrachement du nasal externe amena une amélioration passagère.

L'œil étant redevenu douloureux dans ces derniers temps, on dut se décider à l'enlever.

Cet œil est, comme on peut s'en rendre compte, sensiblement déformé ; il est allongé ; son axe antéro-postérieur mesure 27 millimètres ; le diamètre équatorial est sensiblement normal : 23 millimètres. La forme générale est cubique ; les dépressions que l'on voit à sa surface correspondent aux muscles droits.

Après durcissement pendant quelques jours dans une solution de formol à 10 p. 100, on le divise en deux segments par une

section transversale au niveau de l'équateur. Il s'échappe un liquide brunâtre très foncé qui n'est autre que l'exsudat sous-rétinien altéré et probablement coloré par d'anciennes hémorragies.

L'examen du segment antérieur révèle les lésions suivantes :

Immédiatement en arrière du cristallin se trouve la rétine complètement décollée et plissée de manière à former une sorte de cône à base antérieure et à surface irrégulière. Au devant se trouve le cristallin dégénéré, blanchâtre et calcaire. Le décollement rétinien s'étend jusqu'au niveau de l'ora serrata. A ce niveau, la rétine entre en connexion avec les extrémités antérieures des traînées de choroïde ossifiée. Ces traînées, très irrégulières et ramifiées, se terminent en ce point, et l'on trouve au moment où elles entrent en contact avec la rétine de véritables nodules durs et ossifiés, siégeant sur cette dernière membrane.

Les traînées d'ossification, ramifiées et amincies au niveau du segment antérieur, se rejoignent au niveau de l'équateur et forment sur la choroïde du segment postérieur de véritables plaques épaisses et très étendues, constituant une véritable coque calcaire. La choroïde ossifiée peut être détachée d'une seule pièce de la sclérotique.

L'épaisseur de cette coque osseuse varie suivant le point considéré ; une plaque de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50 siège au niveau du pôle postérieur. Cette partie calcaire, constituée par un tissu compact très dense, a une coloration blanchâtre, luisante, au niveau des points où l'épaisseur est maxima. Les zones moins épaisses sont légèrement brunâtres et doivent leur teinte foncée au tissu pigmentaire choroïdien.

On ne distingue pas nettement la région papillaire. Cette coque calcaire est tapissée par les couches les plus externes de la choroïde, riches en pigment et qui ne sont pas envahies par le processus de l'ossification.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt anatomique de cette pièce.

La disposition des plaques calcaires dans la choroïde est nettement caractéristique. C'est bien au niveau de la couche interne que s'est développé le processus d'ossification. Ce fait vient à l'appui des notions acquises sur l'ossification choroïdienne depuis Pagenstecher, Hœne, Knapp, Goldzieher, etc., qui ont étudié le mode d'origine du tissu osseux.

C'est bien au point où se localisent les exsudats inflammatoires, c'est-à-dire au lieu et place de la chorio-capillaire surtout, que l'ossification se produit par un mécanisme qui rappelle assez l'ossification normale aujourd'hui bien connue.

Nous concevons donc facilement qu'au niveau de l'exsudat choroïdien apparaissent des vaisseaux de néoformation qui

apportent les matériaux d'ossification. C'est pour cela que nous comprenons difficilement l'opinion de Knapp affirmant que les exsudats choroïdiens ne contribuent jamais à la formation du tissu osseux. Chez notre malade le diagnostic de choroïdite exsudative myopique avait été porté depuis longtemps déjà. De même que dans l'ostéogenèse normale, il faut, pour qu'il y ait ossification, qu'une néoformation vasculaire survienne, et ces conditions ne peuvent être réalisées pathologiquement que dans les exsudats et les tissus inflammatoires.

Nous signalerons enfin quelques détails cliniques intéressants relatifs à ce cas particulier. La transformation calcaire de la membrane choroïdienne ayant augmenté la consistance de la coque oculaire, on peut se demander si la dureté du globe au cours des poussées glaucomateuses que la malade a jadis présentée n'était pas plutôt due à cette altération osseuse qu'à une hypertension vraie.

Dans tous les cas, la présence de ces formations osseuses, véritable corps étranger intra-oculaire, justifiait pleinement l'intervention qui a été pratiquée non seulement à cause des douleurs dont cet œil profondément altéré était le siège, mais encore à cause du danger toujours à craindre d'une ophtalmie sympathique. (Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, séance du 26 janvier 1903; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 8 mars 1903.)

Excitateur de la pupille pour la recherche du réflexe lumineux, par M. MAURICE DUPONT. — Etant donnée l'importance du signe d'Argyll-Robertson pour le diagnostic précoce du tabes et de la paralysie générale, il m'a paru intéressant de combiner un appareil et une technique qui permettent de faire cette recherche *ex tempore*, au lit du malade, sans avoir recours au miroir et au cabinet noir. Le procédé consiste à utiliser le *réflexe consensuel*, en provoquant une excitation lumineuse sur une rétine pour examiner le réflexe de la pupille du côté opposé.

L'appareil se compose d'une œillère que l'on adapte sur un œil : c'est la chambre noire ; au fond de l'œillère se trouve une petite lampe à incandescence alimentée par une pile contenue dans le corps même de l'appareil. Un contact permet de fermer le circuit en déterminant un *éclair* brusque, instantané.

La technique est la suivante: le malade assis sur une chaise, la tête inclinée en arrière, regarde au plafond: l'appareil étant placé sur un œil, l'opérateur examine une pupille, au moment où il projette l'éclair sur la rétine opposée.

Fait intéressant à noter : l'éclair se produit instantané, puis, phénomène ultérieur, apparaît à son tour la contraction de la

pupille du côté opposé. Malgré l'arc réflexe très court, il n'y a donc pas de synchronisme entre l'excitation et la contraction de la pupille. Ce retard ou « temps perdu », absolument normal, s'accuse d'une façon appréciable à l'état pathologique et m'a paru un symptôme précurseur du signe d'Argyll-Robertson.

L'étude de ce retard peut être faite avec un autre appareil que je me réserve de présenter à la Société, mais je tiens à signaler que, à l'aide même de ce « simple excitateur de la pupille » on obtient la notion réelle « du temps perdu », et, par l'habitude, l'opérateur est en état d'attribuer à ce retard une valeur pronostique au point de vue de l'apparition ultérieure prochaine du signe d'Argyll-Robertson. A l'état normal, ce retard sera réduit à trente centièmes de seconde avec une lumière très vive pour atteindre trois quarts de seconde dans les cas pathologiques.

L'examen successif de chaque pupille permet de constater que souvent la perte du réflexe lumineux s'observe d'un côté avant de se localiser sur les deux pupilles.

Une critique des plus graves a été faite de cet appareil, d'autant plus sérieuse qu'elle émane d'un ophtalmologiste très distingué. On a reproché à ce procédé de provoquer un phénomène d'accommodation. Or, j'ai eu bien soin, dès le début de mes recherches, de signaler que le malade devait accommoder avec l'*œil libre*, au plafond par exemple.

Or, j'en appelle ici à tous les physiologistes, et c'est cette objection qui m'a déterminé à apporter cet appareil devant la Société de Biologie, est-il possible d'admettre que l'accommodation se produise lorsque l'éclair apparaît, alors que l'œil libre accommode déjà à une distance déterminée?

Cette objection ne tend à rien moins qu'à annuler le procédé que je propose; or, je soutiens que ce procédé est bien supérieur au miroir, et que le rayon projeté sur la papille est dirigé beaucoup plus sûrement par l'application exacte de l'œillère sur l'œil opposé à celui qu'on examine. Et si l'accommodation se produisait dans ces conditions, il faudrait admettre qu'elle se produit aussi avec le miroir. Pour comparer les deux procédés, il faut se mettre dans les mêmes conditions favorables; fait-on accommoder le malade au loin en se servant du miroir, il va de soi qu'il est juste de prendre la même précaution en utilisant cet appareil. Cette critique insoutenable ne saurait être discutée plus longtemps.

J'ajouterai que chez les aliénés indociles la recherche du réflexe lumineux est parfois difficile dans le cabinet noir, alors que cette recherche est faite aisément en plein jour, même sur des agités qui se défendraient dans l'obscurité.

Il faut retenir que le signe d'Argyll ne doit être regardé comme

absolu et confirmé qu'alors que la pupille résiste devant un foyer intense, sinon il ne saurait y avoir qu'une paresse de la pupille et un faux signe d'Argyll.

En résumé, si on veut bien juger ce procédé d'une façon *impartiale* et en se mettant dans les conditions voulues, cette méthode restera le procédé « de choix » pour rechercher d'une façon *certaine* le réflexe lumineux, et permettra au clinicien de rechercher facilement un signe souvent négligé ou méconnu. (Société de Biologie.)

Contribution à la psychologie de l'œil, par MM. VASCHIDE et VURPAS. — A la suite de recherches expérimentales et cliniques sur les rapports qui existent entre l'état dynamique des positions réciproques des yeux et l'état mental des sujets, les auteurs ont été conduits à émettre les propositions suivantes :

1° Dans une première catégorie, ils ont classé les troubles de la motilité oculaire caractérisés par une instabilité particulière dans la position des yeux ; ainsi la rapidité des changements de position oculaire liée aux états maniaques ou aux excitations psychiques gaies.

2° Dans une deuxième, ils ont mis les troubles de la vision binoculaire consécutifs à des troubles dans le fonctionnement et la régularité normale des mouvements associés et conjugués nécessaires à la netteté de la vision ; modifications bio-pathologiques qui surviennent, dans les états d'excitation psychique émotive comme on l'observe soit dans l'hypnotisme, soit à l'état normal.

3° Dans un troisième groupe, ils ont placé le strabisme provoquant des troubles de la vision binoculaire qui s'observent au moment de la mort ou pendant l'agonie, dans certains cas d'intoxications, de modifications biologiques succédant à l'absorption de narcotiques ou dans les troubles psycho-patiques profonds.

Ces rapports étroits justifieraient, dans une certaine mesure, la croyance à la possibilité d'une véritable psychologie de l'œil. (Société de Biologie, séance du 29 novembre 1902.) — Dr A. YVERT.

Tétanie infantile et nourrices goitreuses, par le Dr BASSAL. — Dans sa thèse de doctorat, l'auteur a réuni quelques faits tendant à démontrer que le goitre exophtalmique chez une nourrice peut donner lieu chez le nourrisson à des accidents de tétanie. S'il existe chez un nourrisson une altération de la fonction thyroïdienne, les poisons formés dans le sang peuvent passer dans le lait, d'où la nécessité d'empêcher la femme de devenir une nourrice. Selon M. Bassal, le goitre vulgaire devrait être considéré comme un obstacle à l'allaitement.

Symptômes relevant d'une lésion de la couche optique dans l'hémiplégie, par MAX EGGER. — L'auteur a relevé dans les observations des hémiplégiques des symptômes qui dénotent une lésion de la couche optique ; tels sont : les troubles sensitifs, la perte du sens des attitudes et du sens des mouvements passifs, des algies centrales, des troubles de la sensation et de la déglutition, des troubles vésicaux (rétention d'abord et incontinence ensuite). (Société de Neurologie, 2 avril 1902, in *Presse médicale*, 15 avril.)

Implantation d'un fort couteau dans la base du crâne à travers l'orbite, par M. DELANGLADE. — Le 21 septembre, un jeune homme de 17 ans tomba d'une échelle de la hauteur de 2 m. 50, tenant à la main un fort couteau qui pénétra dans l'orbite au-dessus de l'œil. Trois hommes essayèrent en vain de l'extraire sur le lieu de l'accident, à Carry. Devant leur échec, le blessé avait été conduit à Martigues, puis de là à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Neuf heures après l'accident, il se plaint de souffrir beaucoup, mais il a conservé toute sa lucidité d'esprit. Température : 38°2 ; pouls : 74°. Le couteau était enfoncé dans l'orbite de toute la longueur de sa lame, sa face supérieure parallèle au rebord supérieur de l'orbite. Le tranchant était tourné en dehors.

La conjonctive injectée faisait un léger chémosis et le globe présentait un peu d'exophtalmie.

La vision est intacte. La paupière inférieure est légèrement tuméfiée. De l'orifice d'entrée du couteau s'était écoulé, sur la joue, un mince filet de sang qui s'était desséché.

Le blessé ayant été chloroformé, on a pu amener le couteau sans hémorragie. Pansement aseptique sans sutures.

Suites opératoires des plus simples. La guérison se fait sous deux pansements dont le premier reste en place douze jours. La vision et les mouvements de l'œil sont conservés.

L'examen à l'ophtalmoscope, pratiqué par M. Mazet, ne revèle rien d'anormal. Il persiste seulement un peu de ptosis. La cicatrice est linéaire. En aucun point, la pression ne provoque de douleur.

L'intégrité de l'appareil de la vision est remarquable, car on connaît le pronostic souvent redoutable des plaies profondes de l'orbite, d'autant plus que le traumatisme a sans nul doute intéressé la cavité crânienne (Société de médecine de Marseille, 18 octobre 1901). — Dr GALEZOWSKI.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE ET FORMULAIRE

Par le Dr GALEZOWSKI

Un antiseptique végétal naturel, le « Goménol ». — Le *Goménol*, est une essence végétale naturelle tirée du *Malaleuca Viridiflora* (Nouvelle-Calédonie) et qui jouit d'une puissance antiseptique telle qu'on peut le mettre en ligne avec le sublimé, l'acide phénique, le formol ; il a de plus, sur ces derniers, l'avantage d'être dépourvu de toute toxicité et de toute causticité, ce qui en fait un antiseptique idéal.

C'est un liquide légèrement oléagineux, de couleur ambrée, d'odeur aromatique, rappelant la menthe ou le menthol.

Il est composé (Bertrand), par trois corps : l'eucalyptol, un carbure bouillant à 175° (citrine) et un terpilénol. Le gomérol est donc un terpinol naturel.

Le goménol s'emploie pur, ou en solution aqueuse, ou associé à l'huile, ou sous forme d'onguent, baume.

Le *goménol pur* est utilisé en inhalations, pulvérisations, et pour pansements. Les pansements au goménol pur sont indiqués pour les plaies récentes non enflammées.

La *solution aqueuse de goménol* est titrée à 2 c. c. 1/2 de goménol par litre d'eau. Elle convient pour tous les usages auxquels on emploie l'eau boriquée, le permanganate de potasse, le sublimé, l'acide phénique, etc. : elle s'applique en compresses sur les brûlures, les plaies, les érosions et ulcérations de la peau, les ulcères variqueux, etc.

Le goménol s'associe à l'huile (huile d'olives) en toutes proportions : 10, 20, 50 p. 100. L'*huile goménolée* à 10 p. 100 est destinée aux injections et aux instillations dans l'urètre et la vessie (urétrites, cystites). (*Presse médicale*, 15 avril 1903.)

NOUVELLES

Notre éminent confrère et maître, le professeur Fournier, atteint par la limite d'âge, a été nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris. Comme professeur de clinique des maladies syphilitiques, il continuera à donner ses enseignements utiles et pratiques, dans la spécialité qu'il a créée et à laquelle il a imprimé une si grande importance.

La spécialité de dermatologie et de syphilographie prend de plus en plus de l'importance dans toutes les facultés de l'Europe.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir qu'un de nos éminents syphilographes de Varsovie, le nommé TOMASZEWSKI, vient d'être nommé professeur de cette spécialité à la Faculté de Varsovie.

VARIÉTÉS

Nous nous faisons un plaisir d'annoncer que la Société d'ophtalmologie mexicaine, dans sa séance du 2 décembre 1902, a décidé d'organiser une réunion annuelle à laquelle seraient conviés tous les oculistes exerçant au Mexique, ainsi que tous les membres de la Société résidant à l'étranger.

Cette résolution a été prise en vue de donner à cette réunion, par des travaux originaux, des observations cliniques ou la présentation d'instruments nouveaux ou de pièces pathologiques, un plus grand éclat, le but de la société étant de donner une nouvelle impulsion à l'ophtalmologie mexicaine et de resserrer les liens qui doivent exister entre ses membres.

Chaque réunion annuelle se tiendra dans la ville de Mexico, à moins que l'assemblée ne désigne une autre ville pour la session suivante.

La première session a eu lieu à Mexico du 23 au 31 mars dernier.

Voici la liste des questions qui ont été traitées pendant cette réunion :

1° *De la valeur comparative des différentes opérations proposées pour remplacer l'énucléation et spécialement des implantations de tissus graisseux* : Dr FERNANDO LOPEZ (Mexico); Dr DANIEL VÉLEZ (Mexico); Dr MANUEL SILVO (Morella).

2° *Valeur comparative des différentes échelles optométriques. Nécessité de leur unification et de l'adoption d'une unité métrique :* Dr AUGUSTIN CHACON (Mexico); Dr EMILIO F. MONTAÑO (Mexico); Dr JOSÉ GONZALÈS (Léon).

3° *Traitement de la myopie :*

a) Son traitement optique : Dr JOSÉ RAMOS (Mexico); Dr MANUEL ABAROA (Guadalajara);

b) Son traitement par l'opération : Dr LORENZO CHAVEZ (Mexico); Dr ANTONIO ALONSO (Saint-Louis-Potosi).

Le Gérant : FÉLIX ALCAN.

6219. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — MOTTEROZ, dir.

ESSAI SUR LES GRANULATIONS

PAR

Le Dr A. BOUCHART

Aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Il n'est peut-être pas de question oculaire, sauf le glaucome, sur laquelle on ait autant écrit que sur les granulations, je veux cependant ajouter un modeste chapitre à cette immense bibliographie pour résumer la conception d'ensemble que la lecture des auteurs, les rapports avec les médecins, l'observation clinique et l'étude miscroscopique du trachome, ont créée en moi pendant plusieurs années de séjour en Algérie.

On sait que la lésion élémentaire du trachome se trouve dans le tissu adénoïde sous-muqueux : cette couche lâche, plus ou moins abondante à l'état normal suivant les individus est le siège de modifications connues depuis 1838 environ. On sait qu'elle varie suivant le moment de la maladie : on connaît les études contradictoires des unitaristes et des dualistes sur les rapports du trachome et de la conjonctivite folliculaire. Nous passerons de suite à la discussion même des éléments de la question.

Histologie

Une lésion pour être spécifique ne doit pas se présenter dans une autre maladie : quel est dans l'histologie du trachome le fait répondant à cette condition?

L'altération de l'épithélium n'est que secondaire à celle du tissu sous-jacent et n'a jamais rien présenté de spécifique : les corps ovalaires décrits par Burchardt ont été ensuite retrouvés par lui dans d'autres conjonctivites. L'exfoliation, la nécrose, la dégénérescence, l'épidermisation sont des phénomènes

secondaires régis par la nutrition du tissu sous-jacent et sans rien de particulier au trachome. Le tissu sous-muqueux présente d'abord une simple infiltration cellulaire qui se condense dans certains points et en même temps pénètre dans les cellules basales de l'épithélium : cette infiltration se concentre parfois en amas plus denses de structure presque folliculaire. Addario a trouvé les follicules en formation dans la partie profonde du tissu adénoïde par un simple feutrage et enchevêtrement des fibres normales. Le follicule évolue ensuite, augmente et se distend au point que la portion centrale se nécrose. A ce moment la muqueuse, au contact de laquelle le follicule développé est parvenu, s'altère consécutivement au tissu sous-muqueux chargé de sa rénovation : l'ulcération, se produit par laquelle l'évacuation plus ou moins totale se fait (Raelhmann).

Reprenons cette évolution : le follicule existe-t-il dans la conjonctive normale? Nous avons vu que Addario a assisté à son apparition. Adamuk décrit une affection à follicules qui ne s'accompagne pas d'inflammation et Muttermilch admet son apparition chez des sujets à nutrition lente ou mauvaise sans infection spéciale. Raelhmann et Villars ont constaté le follicule chez le lapin, le cobaye, mais surtout après infection : je ne l'ai jamais trouvé chez ces animaux nouveau-nés ou très jeunes. Chez l'homme sa présence à l'état normal est douteuse : d'après Ginsberg il n'existe que que des lymphocytes réunis en foyer sans limites nettes ni noyau central : mais cette formation suffit évidemment lors d'une inflammation subséquente à servir de noyau à un follicule complet. J'ai trouvé en France dans la conjonctive de plusieurs sujets indemnes de granulations, très profondément dans le tissu sous-muqueux du cul-de-sac supérieur, plus souvent au contact des glandes de Krause, plusieurs formations réticulaires infiltrées de leucocytes. Junius a récemment admis que ces amas, qu'on trouve en particulier autour des vaisseaux, peuvent être le début de granulations typiques.

D'autre part une conjonctivite quelconque peut présenter

des follicules, c'est de là que vient toute la discussion des dualistes et unitaristes : la conjonctivite folliculaire est-elle la même affection que le trachome, à un stade plus antérieur. On connaît le follicule du catarrhe atropinique par infection microbienne ou action chimique ou vasomotrice. La même lésion se présente dans la blennorrhée chronique (Ginsberg). Nous les retrouverons dans les fausses granulations de Bruch et d'Elouï Bey. L'aspect folliculaire existe également dans la syphilis (Michel) quand il y a ailleurs une lésion du tissu conjonctif; dans la tuberculose, d'où un diagnostic souvent difficile (l'évolution étant la même) et qui ne peut être fait que par la bactériologie; enfin dans l'épisclérite, Uthoff a trouvé des lésions semblables à celle du trachome : le diagnostic se fait par leur constatation dans des parties plus profondes de la sclérotique.

Si nous cherchons plus en détail dans les éléments constituants du follicule un moyen de diagnostic, nous ne le trouvons pas dans la trame conjonctive qui se continue avec les fibres voisines, souvent sans adjonction de tissu néoformé et de capsule; non plus dans les lymphocytes petits, mononucléaires qui existent partout. Pourtant nous trouvons un élément cellulaire assez spécial, très grand, nucléé qui contient plusieurs petits corps ronds ou en bâtonnets qui se colorent très bien par la fuchsine, l'hématoxyline et plus simplement par la thionine. Ces cellules sont déformées, étoilées (Ginsberg) Elles ont été vues par Addario qui pensa à des cellules fixes grossies, par Villars qui en fait des phagocytes ayant absorbé des leucocytes polynucléaires dont on voit les débris, par Leber qui les appelle cellules à petits corps. Cet élément se retrouve dans les inflammations aiguës ou chroniques et Flemming l'a revue dans les ganglions du veau et du lapin ainsi que dans les glandes de Peyer. Marchand l'a signalé dans tous les tissus chroniquement enflammés. Junius a examiné ces cellules à petits corps à l'état frais et en suspension dans une goutte d'eau : il a pu reconnaître qu'il s'agit de phagocytes à mouvements amiboïdes contenant des débris cellulaires. Mentionnons aussi Peters qui a trouvé sur des

préparations fraîches et non durcies des globes et des filaments qui, doués d'une élasticité spéciale amèneraient par leur rétraction l'état cicatriciel funeste ultime (même lésion dans les granulations du pharynx et du palais).

Cependant l'élément sur lequel j'attire l'attention reste assez spécial et d'une interprétation encore douteuse bien que l'opinion de Villars paraisse la meilleure. Il semble que les éléments enveloppés par ces grandes cellules sont souvent disposés comme des diplocoques ou même des formations tétragènes, sans capsule colorable visible; peut être avons-nous là les formes altérées par l'action phagocytaire des agents pathogènes, protozoaires, ou microbes. Cette idée a été déjà émise et discutée par Leber et Pick.

Venneman et d'autres ont cité des cas de trachome sans follicule et il est admissible que chez certains individus la rapidité du mouvement des phagocytes ne permette pas, même dans une lésion chronique, la constitution de foyers ou de follicules : c'est l'idée de Muttermilch qui admet le follicule comme amas de lymphocytes dégénérés et morts, favorisé par la laccité du tissu cellulaire et surtout par le mauvais état général.

Au reste le follicule n'est plus admis par beaucoup comme la caractéristique de l'affection. Morax (nov. 1902) déclare que le diagnostic histologique ne fournit qu'une part de certitude et la présence de granulations dans la zone moyenne de la conjonctive tarsienne supérieure importe seule. La bactériologie, dit-il, a démontré que la spécificité de la lésion ne pouvait fonder un diagnostic. Déjà, Muttermilch (1893) ne trouve pas de différence caractéristique entre les diverses formes de conjonctivite en y comprenant le trachome. Junius, en 1902, ne voit que des différences de degrés parce que, dit, il, la conjonctive ne peut réagir autrement aux irritants microbiens ou chimiques. Mes examens ont toujours confirmé ces données histologiques.

Nous passerons rapidement sur la bactériologie : après Sattler, Leber, Haab, Koch, Staderini, Michel, Panas et Vassaux, Elze (plasmodies), Muller et enfin Camas n'ont pu

démontrer un microbe réellement spécifique. Seuls, les microbes vulgaires existent plus ou moins abondants. La dernière opinion émise est celle de Morax dont l'autorité en bactériologie est considérable; sa conclusion est qu'un examen bactériologique négatif est un bon signe de trachome. Les cas où l'on eût pu trouver à l'état le plus pur, l'agent pathogène et que l'on a appelés trachomes aigus, ont toujours montré des microbes vulgaires ou spécifiques d'autres conjonctivites.

L'élément caractéristique paraît depuis quelque temps être trouvé dans la totalité de l'évolution et dans la série entière des lésions. Le trachome est évidemment seul (sauf le catarrhe printannier qui a ses caractères propres) à évoluer avec cette série de périodes longues et calmes ou aiguës et inflammatoires; surtout il a seul un certain cachet de résistance tenace et parfois d'incurabilité. N'est-ce pas un élément négatif de diagnostic? mais nous avons vu un fait similaire en bactériologie et nous retrouverons la même chose en pathogénie et en thérapeutique. Ne peut-on pas admettre qu'une affection inflammatoire quelconque suffit à amener par sa chronicité les lésions folliculaires, la sécrétion muco-purulente, les lésions cornéennes, les altérations secondaires des glandes, du tarse, du cul-de-sac, l'atrésie de l'angle externe et les lésions lacrymales. La question est difficile à résoudre par la forme même sous laquelle elle se pose : si trachome = affection chronique à récidive fréquente et curabilité difficile il suffit de retourner la proposition et toute affection chronique, etc... prendra le nom de trachome. Ainsi Morax à côté de la présence du follicule sur certains points spéciaux n'ajoute qu'un autre élément du diagnostic : la chronicité. De Wecker caractérise l'affection par la déformation cicatricielle du tarse et l'usure de la conjonctive; Schœnemann, par la réunion des différentes lésions c'est-à-dire la chronicité et le protéïsme. Pfalz, Peters, admettent que le diagnostic est souvent difficile au début et bien qu'à regret le retardent jusqu'à confirmation par l'évolution ou même l'apparition de cicatrices. Mais Hoppe admet que ces cicatrices dont

l'arrivée est si nécessaire, peuvent survenir à la suite de conjonctivite ou de traumatisme divers. En somme la lésion spécifique manque ; elle peut difficilement exister et ne saurait baser un diagnostic. Si les cicatrices résultent des altérations folliculaires et ceux-ci de la disposition spéciale du tissu adénoïde chez certains individus, c'est encore une négation de la spécificité et un argument pour la toute puissance du terrain sur la forme et la durée de l'affection. Cette opinion de Peters nous fait entrevoir le rôle considérable de l'état général, la diathèse, de l'hérédité en un mot du malade tout entier.

Pathogénie

Les auteurs sont aussi partagés sur la pathogénie que sur la lésion caractéristique. Les dualistes, partisans de l'individualité du trachome, n'admettent que la contagion par un sujet déjà nettement trachomateux (Mayweg : pas de trachome sans apport de secrétion trachomateuse). Les moyens de contagion sont évidemment nombreux : le mouchoir servant de l'un à l'autre, le lit commun, ainsi que les linges et cuvettes de toilette ; enfin le transport direct par les mains, et en été les mouches. Quand on vit dans un pays aussi communément infecté que l'Algérie, on est frappé de ces deux moyens de transport du contage, sans oublier le vêtement de toile ou de laine. Le costume de l'indigène jeune se compose pendant plusieurs mois de l'année (de cinq à douze mois suivant le lieu), d'une longue chemise, sans plus, et s'il y ajoute un manteau de laine celui-ci remplit aussi, en plus de son rôle ordinaire, les fonctions secondaires du mouchoir dont l'usage principal est inconnu. Quant aux mouches leur abondance est telle que l'effort pour les chasser est vain ; du reste la tolérance des commissures internes des jeunes juifs ou arabes paraît considérable et aucun réflexe même palpébral ou facial, ne tente de les écarter ; quant à les chasser de la main c'est un mouvement au-dessus de l'incurie de ces sujets.

Cependant doit-on admettre la contagion du trachome

c'est-à-dire, existe-t-il un agent transmissible, et est-il nécessaire (Peters) à la compréhension des faits? Les phénomènes de contagion observés se réduisent à un, celui de Sattler que Morax a opposé à Germaix. — Je n'ai pu retrouver le fait *in extenso*, mais nous verrons qu'on peut inoculer une conjonctivite qui prend plus tard l'aspect trachomateux. Si le trachome était réellement contagieux, les épidémies en seraient communes, or il n'en existe aucune où l'on n'ait pu trouver les microbes ordinaires des conjonctivites, et beaucoup de ces cas ont ébranlé l'opinion de dualistes éminents (Nuel et Leplat, Wallenstein, Gerken, Schilling). Nous avons vu que le trachome aigu est très discuté. Peters recommande d'être très prudent avant d'émettre ce diagnostic, l'avenir pouvant présenter au lieu de l'évolution chronique, avec les cicatrices ultimes, une terminaison brève et une conjonctive lisse; et tout en maintenant les mesures sévères prises en Allemagne, plusieurs déclarent que la contagion est en vérité faible et peu dangereuse.

Le trachome aigu n'étant pas admis, le trachome chronique doit débuter sous cette forme, ou provenir d'une autre affection, le début sous forme chronique peut toujours laisser supposer (Muttermilch) un état aigu antérieur, bénin, inaperçu et négligé. Mais plus souvent on a pu accuser des conjonctivites aiguës ou chroniques à caractères nets catarrhale, gonococcique...

Eloui Bey vient encore de nier tout rapport de cause à effet entre l'ophtalmie purulente et le trachome : mais rien n'empêche que l'un suive l'autre et la cause pour n'être pas nécessaire et suffisante, reste prédisposante et préparatoire. Les épidémies de conjonctivite à bacille de Wecks, ou à diplobacille de Morax, ayant laissé un état chronique sont nombreuses : on objecte que ce sont de fausses granulations, mais nous avons vu qu'il faut d'abord définir la vraie granulation. Le trachome peut en effet être consécutif à des affections variées. Axenfeld s'est inoculé une affection banale qui prit depuis l'aspect typique du trachome. Pfalz et Thier ont cité et discuté la possibilité d'accidents trachomateux après une conjoncti-

vite traumatique. Les cas inverses d'affection ayant débuté sous forme de trachome et ensuite rapidement disparus, peuvent être moins des cas bénins que des affections d'autres natures.

Si l'on admet la non spécificité de la contagion et néanmoins des sortes d'épidémies qu'est-ce qui est transmis, et quel est le résultat du contage? D'abord un œil sec, sans secrétion, ni larmoiement, dont les lésions sont closes, ne peut émettre de matière virulente.

Comme le remarquait Cuignet (*Opht. d'Algérie*, 2 vol.) il faut une secrétion transportable, pus ou muco-pus. — Ce pus n'a jamais montré de parasite efficace et je crois qu'il lui suffit de contenir des microbes saprophytes ou pyogènes à un degré spécial de virulence, pour donner sur un terrain approprié et préparé, avec le temps et les conditions favorables, et après une période où le diagnostic de trachome n'est jamais fait et n'est pas possible parce qu'il n'est pas, l'aspect type de cette affection. Aucune spécificité n'est nécessaire à une lésion non spécifique.

Ainsi s'expliquent tous les échecs de cultures et d'inoculation. Camas conclut qu'il n'existe pas de microbe spécial « le terrain et la disposition particulièrement lâche des tissus sous-muqueux suffisent à donner à la maladie sa forme ».

De même on peut impunément porter le doigt d'une conjonctive malade (surtout sans secrétion) sur une conjonctive saine, d'un sujet à résistance organique entière. Staderini n'a réussi l'inoculation du diplocoque décrit par lui, que sur les lapins affaiblis par la maladie ou le jeûne.

Quelles sont chez l'homme, les conditions qui font la prédisposition? Nous écarterons tout d'abord la chaleur dont l'influence, considérable en Afrique et dans le sud de l'Europe est évidemment amoindrie dans la vallée du Danube, du Rhin, en Pologne, ou sur les bords de la mer du Nord et de la Baltique : la chaleur agit probablement en Algérie, en exaltant la virulence microbienne, et surtout en déprimant les individus et en paralysant l'hygiène. — Le tabac qui incriminé par Tiffany (Kansas-City) est un irritant banal dont

l'effet est secondaire, et dont l'usage n'est pas courant chez tous les trachomateux — l'altitude qui pour avoir préservé la Suisse et en partie le plateau central (Chibret) ne confère pas ici pareille immunité : le trachome se rencontre en Algérie au-dessus de 1,000 et de 1,500 mètres. Pourtant, les régions basses (littoral, fond des vallées) sont évidemment plus généralement infectées (Nieden). L'origine tellurique de Thiébaut qu'on trouve déjà dans Cuignet, et les rapports entre la géologie (et la flore) et le trachome ont été étudiés par Ecken, Henberg, etc. — On a associé aussi le fait des altitudes inférieures avec l'humidité et le paludisme pour en faire une prédisposition au trachome ; le fait est probable. Nieden suppose que le virus trachomateux se développe dans les mêmes conditions que celui du paludisme, j'ignore sous quelle forme précise l'auteur comprend cette infection. Quant aux poussières organiques ou minérales leur abondance ne peut que créer l'irritation, et leur répétition amène la chronicité.

Nous restons en présence des grandes causes de débilité organique, les tares héréditaires (plus exactes que la race) et le défaut d'hygiène individuelle. D'abord la scrofule à qui Peters trouve une certaine parenté avec le trachome, constitue une prédisposition flagrante, la race juive beaucoup plus scrofuleuse que la race arabe présente de 3 à 10 fois plus de trachome suivant les endroits et ici nous admettons à côté de la disposition lâche et abondante du tissu conjonctif (Camas) la résistance moins grande à toutes les infections (Scheffels a été jusqu'à créer une classe spéciale de conjonctivite lymphatique, d'aspect trachomateux survenant chez des scrofuleux, et guérissant sans cicatrice par des moyens simples). Cette hérédité accumulée pendant des séries de générations, crée une atténuation des lésions avec fréquence plus grande des cas bénins, et rareté des accidents graves, que plusieurs auteurs ont déjà signalées (Truc). A côté de ces tares héréditaires toutes les faiblesses acquises par maladie ou dénutrition sont à considérer (surmenage, alcool). La contagion ne suffit pas, il faut autre chose : dans le cas de

Strielp, sur 30 sujets exposés également à la contagion par un trachome secrétant, 7 seulement (Polonais) furent atteints.

Les autres causes non héréditaires sont toutes dues au défaut d'hygiène et les auteurs allemands et américains ont insisté sur ce point (de même Bruch et Eloui Bey). Les principaux désiderata résident dans l'habitation, les vêtements, la ventilation, l'alimentation, la misère, et surtout la malpropreté. Sans insister nous admettrons que les antécédents et la vie du sujet étant ce qu'ils sont, le trachome est de toutes les affections qui le menacent la plus facile à contracter et la plus résistante à toute thérapeutique. Sans être absolu on peut croire (et j'ai souvent observé le fait) que des yeux robustes sans antécédents héréditaires et à hygiène suffisante, quand ils sont atteints, ce qui est rare, d'une conjonctivite d'abord tenace, et tendant à l'aspect trachomateux, guérissent beaucoup plus facilement. Les cas de trachome bénin, ou de trachome à guérison spontanée peuvent être attribués à des sujets dont l'état général s'est ensuite relevé par l'âge, l'hygiène, ou une médication spéciale.

En somme le trachome est une affection du peuple, c'est-à-dire que la misère héréditaire (organique ou sociale) ou l'ignorance de l'hygiène individuelle en sont les causes les plus efficientes. Dans les classes plus élevées, la débilitation organique détruit ce que l'aisance ou la propreté pouvaient amener de favorable à la guérison.

La spécificité du trachome me paraît résider beaucoup plus dans le terrain tout entier que dans l'agent pathogène (encore ignoré).

Traitement

Les notions de pathogénie que nous avons admises et les données histologiques énoncées nous conduisent à une thérapeutique pathogénique, rationnelle donnant le résultat désirable qu'on peut atteindre dans une maladie où les causes échappent à notre action. En effet l'état général ne saurait être modifié rapidement d'une façon assez profonde et les possibilités de réinfection et de rechute existent toujours. Il ne

m'appartient pas d'entrer dans les détails que comporte le traitement du trachome, mais je ferai seulement une application brève des idées émises.

Le fait que nous admettons une infection même banale nous amène de suite à user des antiseptiques ou microbicides; la seule limite à leur action est leur causticité même et la dose doit être juste efficiente contre les parasites et pas nocive pour les éléments de l'œil et de ses annexes. Le sublimé et aussi le cyanure de mercure sont à employer le plus fréquemment, ce dernier étant moins irritant et très antiseptique.

L'histologie des conjonctives guéries a montré (Muttermilch), la fonte avec résorption des éléments folliculaires dans les stades peu avancés, ou plus tard (Rœlhmann) l'évacuation du contenu du follicule et sa cicatrisation. (Quant aux complications, leur traitement n'a rien de particulier et est jusqu'à présent symptomatique.)

Pour réaliser le premier mode de guérison, on crée une inflammation aiguë substitutive qui doit amener ensuite une régression totale avec disparition de tout élément trachomateux : tous les collyres caustiques ou astringents agissent ainsi : la poussée aiguë étant plus ou moins longue et la sécrétion étant d'abord tarie. Les sels d'argent, d'une action facile à graduer suivant la dose et aussi suivant le sel choisi (nitrate, protargol, itrol, collargolum) sont très appropriés. Le jequiritol rentre dans ces médicaments à réaction provoquée et salutaire. L'inoculation blennorragique n'est plus admissible aujourd'hui. Le massage favorise mécaniquement la pénétration des médicaments et ensuite active la résorption phagocytaire; j'ai déjà parlé de son rôle contre les résidus infiltrés qui persistent même après guérison (*Clin. opht.*, janv. 1902).

Le second processus de guérison est obtenu par l'évacuation des masses dont la résorption est improbable et impossible. Je ne veux pas juger les différents procédés : expression, brossage, curettage, galvanocaustique, etc... mais la cicatrice étant l'élément ultime, nocif, quoique signe de guérison, il

faut employer ce qui donnera avec le moins de réaction immédiate, le moins de cicatrice déformante définitive : la pince de Knapp ou le frottage sec ou humide médicamenteux avec scarification sont de plus en plus admis. Le brossage doit être réservé à des cas d'une ténacité et d'une confluence spéciales. Naturellement, l'intervention doit être complète et on comprend l'idée de Jacobson reprise et répandue par Galesowski de l'excision du cul-de-sac supérieur quand cette région est la seule ou la plus atteinte. Le danger de symblépharon ou même de gêne des mouvements n'existe pas; c'est un procédé qui a donné de nombreux succès et qui, bien que critiqué, conserve ses indications spéciales (Mayweg). Segall (1898) a présenté sur des coupes une cicatrisation parfaite et lisse de muqueuses ainsi traitées.

En plus de ces pratiques de petite et de grande chirurgie la médication interne conserve sa place connue du reste depuis longtemps. Le traitement anti-arthritique, anti-scrofuleux, anti-tuberculeux, etc... doit être institué avec rigueur. La médication cacodylique m'a souvent donné une amélioration réelle soutenue par le traitement local dont elle préparait ou entretenait les résultats.

Après tout ce que nous avons dit de l'absence d'hygiène, il est évident que le médecin devra multiplier ses conseils et surtout lutter contre l'indolence des sujets dont les parents et les grands parents ont été atteints, si bien que l'affection leur paraît inhérente à la nature humaine (Mayweg). Sans entrer dans les détails que comporte cette dernière partie (Bruch), l'intervention de l'Etat (déclaration et traitement obligatoires), du maire, du médecin (fonctionnaire municipal), du maître d'école sont de première nécessité. L'école est en particulier le lieu où la contagion est maxima, et où l'exemple et l'enseignement doivent préparer l'avenir pour des conditions hygiéniques meilleures.

L'instruction par la presse, les brochures, l'image, l'affiche, la conférence sont à joindre et à développer à côté des circulaires et des règlements.

Dr A. BOUCHART.

RÉFLEXIONS CONSÉCUTIVES

A UNE OBSERVATION

D'HÉRÉDO-SYPHILIS OCULAIRE TARDIVE

PAR

Le Docteur E. SENDRAL

Si la kératite interstitielle est une affection parfaitement connue au point de vue clinique, la discussion est toujours ouverte quand la question de l'étiologie se pose ou encore du traitement. Nous n'avons pas hésité à prendre aujourd'hui une observation de cette affection comme sujet de notre étude car nous la croyons instructive à divers titres.

Le cas observé est une kératite interstitielle d'origine hérédo-syphilitique non douteuse, mais dont l'intérêt réside dans la participation du tractus uvéal et de la rétine à l'inflammation. Or, les lésions des membranes profondes sont relativement fréquentes au cours de cette affection et on les trouve si on veut bien se donner la peine de scruter attentivement les malades; ce n'est pas, je le sais, l'enseignement qu'on trouve dans les livres classiques. En effet, ces complications, dit le savant ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, le regretté professeur Panas, sont rares; « Fuchs, Leplat et Bulks seuls ont rencontré vers l'ora serrata des plaques pigmentaires ».

Pour notre part nous avons constaté fréquemment ces lésions de choroïdite atrophique pigmentaire quand l'état de la cornée nous permettait d'étudier l'aspect ophtalmoscopique de ces régions; beaucoup de nos lecteurs d'ailleurs ont pu les étudier avec nous car à diverses reprises ces malades leur ont été présentés à la clinique de la rue Dauphine.

En dehors de ce point très important, nous dégagerons de cette observation, certaines réflexions concernant plus spécialement la nature et le traitement de la kératite interstitielle.

Observation

Fillette de 13 ans née à terme et ayant eu un développement normal sans empreinte morbide. En mai 1895, c'est-à-dire à l'âge de 7 ans, l'enfant est pris des deux yeux à quelques jours d'intervalle par une affection caractérisée par un trouble de la vue, de la photophobie et du larmoiement. Le diagnostic de kératite interstitielle est porté dès le début par un de nos éminents confrères et le traitement suivant est institué : iodure de potassium, mydriatiques, douches oculaires. Ce traitement suivi très régulièrement provoquait au bout de onze mois une guérison complète en apparence avec un léger trouble cornéen consécutif de l'œil gauche.

Cinq annés après, en octobre 1900, la petite malade qui n'avait suivi aucun traitement depuis la constatation de la guérison apparente, voyait se reproduire les mêmes symptômes avec une intensité plus grande, à la suite d'une saison de bains de mer à Fouras. Dès le début, l'enfant est remis au traitement employé cinq ans auparavant; mais le résultat après quatre mois étant négatif, le mercure entre alors en scène; deux séries de 12 injections de cyanure d'hydrargyre à 0,01 centigramme sont faites alors et n'empêchent pas la production d'une vaste prolifération gommeuse du tibia avec une action à peu près nulle sur les lésions oculaires. C'est à cette période de l'affection que nous examinons l'intéressante petite malade.

L'*examen* général de la fillette permet de constater un tempérament lymphatique manifeste, mais nous ne relevons aucun stigmate hérédo-syphilitique en dehors d'une tumeur osseuse du tibia gauche de la grosseur d'un œuf de pigeon environ. Aucune malformation dentaire, ni de lésion de l'appareil auditif ou osseux.

L'*examen local* permet de constater les faits suivants :

1° L'œil droit présente une cornée transparente sur les bords mais présentant au centre un pointillé très fin sur fond d'infiltration blanchâtre ; presque pas d'injection cornéenne. L'iris a son aspect normal ; la sclérotique est injectée dans la région du cercle ciliaire qui est boursoufflé et bleuté.

A l'ophtalmoscopie, le fond de l'œil présente la choroïdite pigmentaire atrophique disséminé qui est en quelque sorte la marque de fabrique de la spécificité héréditaire ou acquise. Vers l'ora serrata, on constate de nombreuses exsudations blanchâtres assez étendues en forme de couronne. La papille est normale ; quelques flocons dans la vitré. L'acuité est de 1/10e.

2° L'œil gauche présente sur la cornée une tache de sclérose occupant le tiers inférieur ; sur laquelle tombe perpendiculairement une bande de sclérose linéaire. Autour de ces taches de sclérose, de nombreuses infiltrations cachent à peu près entièrement l'iris qu'on perçoit irrégulier avec des synéchies postérieures, mais il existe très peu de vaisseaux sur la cornée. Une rougeur sclératicale assez étendue est constituée par un lacis de vaisseaux capillaires très fins situés dans la sclérotique elle-même pendant que la conjonctive est à peine conjestionnée. Le région du cercle ciliaire est boursoufflée et présente une teinte bleutée qui provient de la choroïde qui est entrevue par transparence à travers de la membrane sclératicale amincie.

Le fond de l'œil est difficilement éclairable mais on peut voir cependant de forts amas de pigment.

Le diagnostic de kératite interstitielle grave avec lésions des membranes profondes n'était pas douteux. On ne pouvait penser à la kératite interstitielle tuberculeuse, en raison des lésions des membranes profondes ; d'ailleurs l'enquête faite auprès de la famille, nous fournissait « l'élément de diagnostic supérieur ».

Aucune tare syphilitique apparente ou avouée du côté des procréateurs ; mais l'interrogatoire de la mère nous donnait une ample moisson de renseignements en établissant la

fâcheuse série des produits de conception. Les voici dans leur ordre de succession et avec leur conséquence :

1° A 19 ans, fillette venue à terme ; c'est notre petite malade qui a 13 ans.

2° A 20 ans, première fausse couche de six mois.

3° A 21 ans, enfant venu à terme qui a vécu vingt-quatre heures.

4° A 23 ans, fillette venue à terme et morte à 8 mois d'athrepsie.

5° A 25 ans, superbe garçon venu à terme qui a eu à l'âge de 7 ans une atteinte de kératite interstitielle qui a guéri en huit mois par le traitement suivant : iodure, mydriatiques et myotiques, douches oculaires. Il jouit d'une parfaite santé.

6° A 27 ans, garçon à terme qui a actuellement 5 ans et qui est jusqu'ici indemne de manifestation héréditaire.

Les deux petits garçons nous ont été conduits à notre cabinet et nous n'avons relevé aucune tare ; les membranes profondes ne présentent aucun indice de la dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine qu'on a décrite dans l'hérédo-syphilis et qui, à notre avis, n'est pas de constatation aussi fréquente que ne le feraient supposer les publications de ces dernières années.

Tel est l'état de notre malade à l'arrivée à la clinique. Elle est soumise pendant deux mois aux frictions mercurielles, à la dose de 2 grammes par jour ; dix jours de frictions, séparés par un repos de cinq jours. Sous l'influence du traitement, l'infiltration cornéenne était très amoindrie, mais on constatait encore le boursoufflement du cercle ciliaire, mais sans lésions choroïdiennes nouvelles. Cependant, la tumeur du tibia continuait toujours à progresser ; c'est à ce moment, que nous nous décidons sur le conseil de notre très éminent maître, le Dr Galezowski, à faire une série de 20 injections intra-musculaires de cyanure d'hydrargyre à 1 p. 100 ; dès la dixième injection la lésion du tibia était en régression très évidente et les infiltrations cornéennes presque entièrement disparues, laissant après elles des leucomes.

Le 1er mars 1902, après la vingtième injection, nous faisions les constatations suivantes :

La tumeur du tibia a disparu, ne laissant subsister après elle qu'une légère hyperostose assez peu saillante. L'œil droit présente un leucome central, qui ne permet pas une acuité supérieure à 1/10; la région du cercle ciliaire apparaît normale et les exsudats de l'ora serrata sont presque entièrement résorbés. Les taches d'atrophie pigmentaire de la choroïde persistent bien entendu, mais le nerf optique est sain. La myopie est de — 3 dioptries.

Les infiltrations cornéennes de l'œil gauche ont disparu, mais il persiste deux grandes taches de tissu sclérosé qui diminuent considérablement l'acuité visuelle qui n'est que de 1/25. Pour la lecture, la fillette ne peut se servir que de l'œil droit. La région du cercle ciliaire est normale.

Nous avons visité dernièrement la petite malade, et nous avons pu constater que l'acuité visuelle s'était maintenue depuis un an.

En résumé, voici une fillette atteinte d'un état dyscrasique de l'organisme, dû évidemment à la syphilis héréditaire; une première atteinte de kératite interstitielle survenue à l'âge de 7 ans est guérie *en apparence* par l'iodure de potassium, les douches oculaires, l'atropine. Une récidive survient cinq années plus tard et après l'échec du même traitement employé pendant trois mois, on s'adresse au mercure sous la forme de 20 injections de cyanure d'hydrargyre à 1 p. 100; le mal continue sa progression et gagne les régions profondes de l'œil; bien plus, il se produit une production gommeuse du tibia.

Devant la faillite des traitements employés, nous avons recours aux frictions mercurielles qui amènent en deux mois une atténuation de l'opalescence cornéenne et des lésions des membranes profondes, mais leur action sur la lésion tibiale est nulle. C'est à ce moment que le cyanure employé en injection, amène l'affaissement de la gomme tibiale, l'arrêt des lésions oculaires en même temps qu'une

amélioration marquée de l'état général qui a été obtenue aussi, il faut le dire, par l'action concurrente de l'arsenic et de l'huile de foie de morue.

Cette observation est intéressante à étudier au quadruple point de vue : 1° de l'étiologie; 2° de l'absence de stigmates ophtalmoscopiques; 3° de la récidive; 4° enfin du traitement mis en usage.

I. — L'*étiologie* de la kératite interstitielle dans le cas qui nous occupe, est d'une grande évidence; en effet, l'interrogatoire des parents d'une part, l'apparition de la maladie chez un des frères de la malade d'autre part, ne peuvent guère laisser de doutes. Ces preuves seraient-elles insuffisantes, que la constatation des lésions très nettes de la choroïdite pigmentaire atrophique et de la gomme du tibia, convaincrait les hésitants. Ainsi donc voici un diagnostic étiologique non douteux, contresigné par la fâcheuse série des produits de conception, la maladie survenue chez un jeune frère et la lésion osseuse du tibia. D'ailleurs c'est l'hérédo-syphilis qui amène le plus souvent cette affection, et dans les cas peu fréquents où elle n'est pas incriminée, c'est la tuberculose qu'il faut mettre en cause, rarement la lèpre.

En effet, trois infections à peu près analogues dans leur processus oculaire, peuvent seuls causer l'affection parenchymateuse de la cornée : ce sont la lèpre, la tuberculose et la syphilis. Mettons tout d'abord hors de cause la lèpre dont le diagnostic même au début s'impose, car ses manifestations oculaires sont le plus souvent secondaires et la présence des nodosités tuberculeuses sur le visage et les paupières, ne peut laisser aucun doute d'autant qu'il existe des troubles nerveux caractéristiques.

L'infiltration de la cornée dans la tuberculose est lentement progressive et est complète après cinq à six mois; en outre elle est difficilement susceptible de régression. Chez notre malade où l'hérédo-syphilis est en cause, l'infiltration a été rapide et est restée longtemps stationnaire; la régres-

sion a été assez lente et a malheureusement laissé après elle des plaques de sclérose cornéenne qui compromettent gravement la vision, surtout à l'œil gauche.

Comment expliquer la persistance de la sclérose cornéenne dans notre observation, alors qu'il n'existe en général qu'un léger ***néphélion***. Nous avons, au cours de l'observation, fait remarquer que nous n'avions constaté que très peu de vascularisations de la cornée; telle est la cause de la sclérose actuelle à notre avis. En effet, la résorption est en raison de la vascularisation; plus intense est cette dernière, plus on doit espérer une résorption prompte et complète. Quand la vascularisation est discrète, le tissu infiltré est à peu près fatalement condamné à la sclérose : c'est la forme maligne décrite par Abadie dans laquelle les opacités persistent.

II. — L'*absence des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de l'hérédo-syphilis* est à signaler chez les deux frères de la petite malade comme chez les parents; on ne trouve en effet aucune trace de lésions vasculaires ni d'infiltration pigmentaire. D'ailleurs, ces lésions ne sont pas aussi fréquentes qu'on pourrait le supposer et que d'hérédo-syphilitiques chez lesquelles on ne constate aucune tare ni oculaire, ni autre. Ainsi, chez notre fillette, il n'existe aucun trouble de l'ouïe, aucune malformation dentaire qui viennent former avec la kératite interstitielle, la triade d'Hutchinson, ainsi désignée de l'auteur qui a fait connaître la valeur séméiologique de cette association symptomatique.

III. — La *récidive* de la kératite interstitielle est assez commune et l'on doit considérer comme à peu près absolue la règle suivante : *toute affection parenchymateuse hérédo-syphilitique de la cornée qui laisse persister après elle de l'opalescence ou un degré plus ou moins profond de sclérose, doit laisser craindre une récidive.* Aussi croyons-nous à la nécessité d'un traitement mercuriel de deux à trois ans, après la guérison apparente, traitement plus ou moins énergique et plus ou moins long suivant les cas, en se basant sur la sclérose cornéenne consécutive. De cette façon on peut

mettre le malade à l'abri d'une récidive qui atteint souvent les membranes profondes et a alors un résultat fâcheux pour la vision.

La récidive est encore à craindre quand une première atteinte de l'affection a été soignée par l'iodure de potassium seul sans mercure; telle est la cause fréquente des récidives, ainsi chez la petite fillette qui fait le sujet de notre travail.

IV. Le *traitement* de la kératite interstitielle nécessite d'une façon absolue l'emploi du mercure. Nous ne nions pas que souvent la maladie traitée par les mydriatiques et l'iodure a parfaitement guérie mais en laissant le plus souvent sa signature sur la cornée sous forme d'opalescence, plus ou moins marqués[1]. La preuve en est chez notre petite malade et chez son frère guéris tous deux par l'iodure de potassium, la première avec trace consécutive, la deuxième sans aucune trace consécutive. La récidive pour l'aînée est survenue après cinq ans de guérison apparente; le frère paraît entièrement guéri de sa première atteinte. La base du traitement doit être l'emploi vigoureux et prolongé du mercure si on veut modifier l'organisme et le mettre à l'abri des nombreuses surprises qu'entraîne l'hérédo-syphilis soit du côté de l'œil soit sur l'organisme; dans certains cas l'emploi des iodures alcalins pourra être utile.

Un traitement basé sur la proscription du mercure serait une exagération très préjudiciable au malade. C'est l'emploi du mercure qui empêche ces scléroses définitives des cornées et la forte diminution de l'acuité visuelle consécutive que nos ainés en ophtalmologie rencontraient si souvent autrefois dans leur pratique.

Dans le traitement de la kératite interstitielle, le mercure peut être employé sous les formes usuelles : frictions, injections ou voie stomacale. Nous donnons notre préférence aux frictions bien que dans certains cas les injections pourront

1. De même la guérison est parfois obtenue par l'atropine et les applications chaudes pour combattre les tendances à l'iritis et les altérations cornéennes.

être un adjuvant précieux s'il se présente une indication d'agir rapidement. Il n'est pas de méthode qui soit parfaite et qui s'applique également et indistinctement à tous les cas. « L'absolutisme, dit Fournier, n'est pas de mise en l'espèce et le médecin abordera le traitement de la maladie sans esprit préconçu, sans plan invariablement déterminé à l'avance; il l'abordera tout prêt à sacrifier ses préférences aux indications du cas particulier, tout prêt à abandonner sa méthode favorite pour telle autre qui pourra lui paraître mieux appropriée. » Ces sages paroles sont la meilleure réponse à ceux qui trouvent tel mode d'administration supérieur aux autres.

En ce qui concerne notre fillette, les frictions combinées aux injections de cyanure nous ont donné un heureux résultat. Mais devons-nous nous croiser les bras après avoir prononcé le mot de guérison? Non. Il faut, maintenant que les accidents aigus ont disparu, instituer un traitement courant de longue haleine, destiné à épurer par extinction la diathèse[1]. Il faut en outre, en dehors du traitement spécifique dont les frictions feront les frais, s'occuper de l'état général. En effet il est certain que la diathèse syphilitique se trouve sous la dépendance immédiate d'un agent spécifique mais en dehors de la graine, cause première des accidents, il faut se rappeler que le terrain joue un très grand rôle ici comme dans toutes les infections. C'est ainsi que chez notre malade qui est nettement lympho-scrofuleuse, l'hérédité syphilitique se manifeste par certaines marques toutes spéciales empruntées au terrain (scrofulate de vérole de Ricord); aussi faut-il combiner au mercure un traitement par l'arsenic et l'iode.

De cette étude un peu longue de notre observation de kératite interstitielle hérédo-syphilitique on peut dégager les *conclusions* qui suivent :

1° L'hérédo-syphilis entraîne très fréquemment la kératite

1. Ce traitement de fond est destiné à agir sur le germe latent pour annihiler ou diminuer sa virulence qui peut s'éveiller par moment par des manifestations graves.

interstitielle et souvent ces accidents guérissent sans laisser de traces quel que soit le traitement employé.

2° La récidive est fréquente, surtout quand une première atteinte a laissé sur la cornée des opacités; elle est toujours grave parce qu'elle atteint alors les membranes profondes, (fait qui est loin d'être rare) et compromet fâcheusement la vision. Pour l'éviter il ne faut pas prononcer le mot de guérison dès la disparition du dernier symptôme; c'est à ce moment qu'un traitement de fond, dont les frictions mercurielles seront la base, est indispensable pendant un à deux ans suivant la gravité du cas.

L'iodure de potassium ou tout autre traitement institué sur la proscription du mercure n'entraîne qu'une guérison apparente et ne met pas à l'abri d'une récidive.

3° L'hérédo-syphilis évolue souvent sur un terrain lympho-scrofuleux ce qui explique la tenacité souvent remarquable de la maladie; de là l'indication d'un traitement combiné avec l'iode et l'arsenic.

4° Le traitement de la kératite interstitielle doit être, le plus souvent, celui de la syphilis. Dans les manifestations oculaires de la syphilis, le mercure nous a donné, employé seul, des résultats bien supérieurs au traitement mixte. L'iodure de potassium qui a une action si remarquable sur certains accidents dramatiques de la syphilis, a une action plus douteuse sur les lésions oculaires.

Dr SENDRAL.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 avril 1903 (suite)

PRÉSIDENCE DE M. A. TERSON

Dr LOUIS VACHER (d'Orléans). **Nouvelle pince emporte-pièce pour pratiquer l'irido-capsulectomie contre la cataracte secondaire.** — De tout temps, on a lutté contre la cataracte

secondaire survenant après la cataracte traumatique ou l'opération de la cataracte par le procédé de Daviel. Une foule de moyens ont été employés qui peuvent se résumer en trois : la déchirure, l'incision, l'arrachement suivi d'extraction. Depuis les travaux de Panas et de Wecker, on est revenu beaucoup à l'extraction que Desmarres employait presque exclusivement surtout avec la serretille. On avait aussi essayé auparavant des emporte-pièce, mais aucun jusqu'à ce jour n'avait paru pratique, parce qu'il était très difficile de construire un instrument coupant bien, assez petit pour être manié sans danger dans un espace aussi étroit.

J'ai fait construire au mois de novembre dernier la pince emporte-pièce que j'ai l'honneur de vous présenter et qui me paraît répondre aux desiderata que je formulais plus haut. Elle coupe parfaitement et d'un seul coup l'iris, la capsule et les membranes qui obstruent le champ pupillaire, même dans le cas d'une synéchie totale postérieure.

Grâce à l'écartement variable de ses branches, écartement qu'on peut régler d'avance à volonté, elle permet de ne faire à la cornée qu'une incision relativement étroite, au lieu d'élection, dans le limbe scléro-cornéen.

Pénétrant en dessous de l'iris par une petite brèche faite à cette membrane, elle ramène en avant la partie sectionnée et forme une petite pupille à l'endroit choisi, sans tiraillement sur la zonule, sans dilacération et sans perte du vitré. Je l'ai employée déjà six fois avec un succès parfait. Je crois qu'elle est appelée à rendre service dans tous les cas où son emploi est véritablement indiqué.

Irido-capsulectomie à l'emporte-pièce. — *Manuel opératoire :* Je suppose qu'à la suite d'une opération de cataracte par extraction, ou qu'à la suite d'une cataracte traumatique la pupille est obstruée par des masses et qu'il existe une synéchie postérieure presque totale. Après anesthésie du globe et asepsie absolue des voies lacrymales et des culs-de-sac conjonctivaux, comme pour toute opération intéressant les membranes oculaires, on fait à la cornée avec un fin couteau de Grœfe une ponction de manière à ce que la pointe fasse une petite boutonnière dans l'iris, ou la capsule, juste à l'endroit où l'on veut introduire la branche interne de ma pince emporte-pièce. On retire un peu la pointe du couteau et l'on fait à la cornée une contre-ponction comme pour une large iridectomie, puis on termine la section cornéenne qui doit être assez longue pour permettre facilement l'entrée de ma pince fermée.

On règle ensuite au moyen de la vis l'écartement maximum qu'on veut donner aux branches de la pince; puis on l'introduit

fermée, pour ne laisser ses branches s'entr'ouvrir qu'au moment où la branche interne se trouve à la hauteur de la petite boutonnière faite à l'iris. Il n'y a plus qu'à la faire pénétrer de la longueur voulue dans cette boutonnière, pour obtenir une pupille suffisante par simple fermeture complète des branches.

Du reste, rien n'est plus simple que de faire une seconde prise si l'ouverture pratiquée par le premier coup d'emporte-pièce, ne paraît pas suffisante.

La partie sectionnée est ramenée en avant contre la cornée, au lieu d'être projetée dans le vitré, comme cela arrive avec d'autres pinces imaginées depuis dans le même but.

Cette nouvelle pince emporte-pièce me paraît devoir rendre de réels services, et vient combler une véritable lacune de notre arsenal chirurgical, car vous pouvez vous rendre compte qu'elle sectionne parfaitement une feuille de papier à cigarette mouillée, ce qui indique un fonctionnement parfait, mais c'est un instrument délicat, difficile à construire, qui demande à être manié avec beaucoup de précaution et de sûreté de main.

M. Sulzer. — Je me permets de demander à M. Vacher, quel a été le sort ultérieur de ses opérations. Les pupilles formées par le nouvel instrument ont-elles gardé leur forme ?

M. Duclos. **Névrome plexiforme de la paupière.** *Note histologique.* — Le sujet de cette communication est un cas de névrome plexiforme de la paupière, observé à la clinique des Quinze-Vingts, dans le service de M. Valude et la présentation des coupes microscopiques faites avec les morceaux de tumeur recueillis le jour de l'opération.

D'abord l'observation clinique.

L'enfant affecté de cette tumeur a été amené à la clinique en juillet 1902. Il était âgé de 3 ans. Il présentait à la paupière supérieure de l'œil droit un gonflement sur la partie externe avec tendance à envahir la commissure. La peau avait son aspect habituel. Le doigt ne laissait pas d'empreinte et à la palpation on sentait dans un tissu souple des cordons durs entrelacés, comme si l'on tenait sous la peau un écheveau de fils. En plongeant les doigts sous l'arcade sourcilière, on continuait à percevoir la même sensation ; la tumeur n'avait pas de limites fixes, elle se confondait à droite et à gauche insensiblement avec le tissu sain de voisinage. Le bord palpébral, comme les saillies osseuses qui l'entouraient avaient leur conformation normale. On ne trouvait sur le corps de l'enfant aucune autre tumeur semblable, ni rien de particulier dans les antécédents.

M. Valude porta le diagnostic de névrome plexiforme. Comme

traitement, il conseilla d'abord la destruction par l'électrolyse. Pendant quatre séances, en juillet et en août 1902, M. Valude enfonça des aiguilles dans l'épaisseur du gonflement palpébral, aiguilles liées les unes au pôle positif, les autres au pôle négatif de l'appareil de Gaiffe à courant continu; pendant cinq minutes il laissa passer un courant d'environ 10 milliampères. L'enfant à la suite de ce traitement, a été rendu à sa famille. Il revint à la clinique en novembre 1902. On constata alors une légère diminution du volume de la tumeur. L'enfant habitant en Bretagne, M. Valude décida l'extirpation de ce qui restait aux ciseaux. A l'opération, on enleva un tissu analogue à de la filasse; la plaie saignait assez. La tumeur n'ayant pas de limites précises, on n'alla pas trop loin pour éviter au moment de la cicatrisation une rétraction trop grande et une déformation de la région.

Les morceaux de tumeur enlevés ont servi à faire un examen microscopique et le diagnostic s'est trouvé affirmé.

Voici le résultat de l'examen histologique.

Pour voir la composition générale du tissu, un morceau de tumeur avait été fixé dans la liqueur de Flemming et les coupes ont été traitées par les solutions de safranine et d'indigo carmin picrique.

Dans ces coupes à un faible grossissement, ce qui frappe immédiatement, c'est l'abondance du tissu conjonctif; on ne voit que lames fibreuses, ici colorées en bleu, et que cellules conjonctives colorées en rouge vif.

Ce sont bien des faisceaux fibreux qui forment la partie principale de la tumeur. Sur les coupes, c'est sous toutes les formes qu'ils se présentent, forme qui a été déterminée par la section du microtome.

Ici, les faisceaux forment des placards, là des masses allongées, mais presque partout ils se montrent sous leur coupe transversale et constituent alors un ensemble d'anneaux. Ces anneaux, on les distingue déjà à l'œil nu, en considérant attentivement les préparations. Ces anneaux sont de toutes grandeurs, réguliers ou allongées, ou même en bissac, presque tous tangents les uns aux autres.

Tous ces faisceaux ont sensiblement la même composition: 1° une enveloppe épaisse; 2° un contenu tellement léger près de la paroi qu'il semble laisser un vide, épais vers le centre pour constituer un axe.

Il va de soi que tous ces faisceaux entrelacés pris par la coupe dans toutes les positions sont liés ensemble par du tissu conjonctif. Ce tissu est lui aussi hyperplasié; les fibres conjonctives y forment des lames; on y trouve des débris de muscles striés, des globes

de graisse, des artérioles et des veinules. Les veinules dans la tumeur sont plutôt nombreuses et larges.

Toute la préparation est pointillée de taches rouges; ce sont des cellules conjonctives colorées. En somme, l'examen des coupes à un faible grossissement nous apprend que la tumeur est une composition de faisceaux entrelacés dans un tissu conjonctif hyperplasié.

A un fort grossissement, on ne fait que contrôler l'impression reçue par l'examen précédent. L'élément principal, c'est du tissu conjonctif partout identique, à fibres plus ou moins épaisses, à fibres plus ou moins flexueuses. Les faisceaux ont une enveloppe

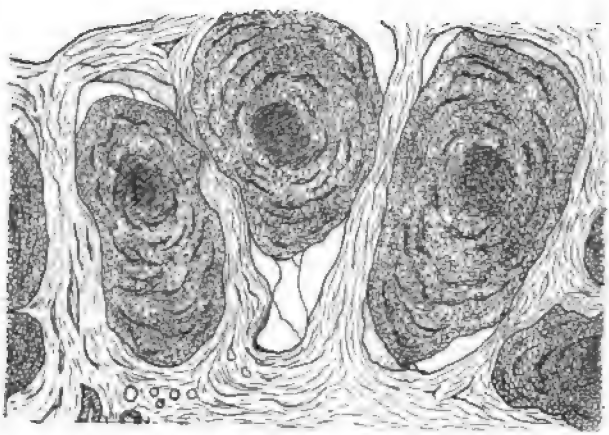


FIG. 1. — Coupe examinée au grossissement 3 du microscope Stiassné.

Coupe transversale de trois faisceaux nerveux dégénérés. L'enveloppe de chaque faisceau est du tissu fibreux 2. Dans chaque faisceau, tissu conjonctif plus délié contenant quelques lames fibreuses. C'est dans la tache sombre du centre que l'on trouve les fibres nerveuses dégénérées.

forte, constituée de lamelles superposées et bien serrées les unes contre les autres. Leur contenu, ce sont des fibrilles conjonctives fines et déliées à la périphérie, plus épaisses et plus ramassées vers l'axe. Les cellules conjonctives sont nombreuses dans le tissu conjonctif interfasciculaire, rares et aplaties dans les enveloppes des faisceaux, nettes et rapprochées dans leur axe.

Pour déceler la présence des fibres nerveuses à myéline, un fragment de la tumeur avait été fixé dans la liqueur de Muller et porté plus tard dans la solution d'acide osmique.

Dans ces coupes, les fibres nerveuses à myéline se retrouvent toujours à la même place, toujours au centre des faisceaux. For-

tement colorées en noir, dans de petits faisceaux, les fibres nerveuses sont très rapprochées les unes des autres; dans les faisceaux plus larges, elles sont séparées par un treillis délié de fibres conjonctives. Les fibres nerveuses observées dans certains points de la préparation sur leur longueur, sont bosselées, sinueuses, et leur myéline est toute granulée. Ces fibres nerveuses semblent comme étranglées par le voisinage des lames fibreuses.

D'autres coupes enfin, colorées à l'orcéïne et à l'hématéïne, nous renseignent sur la valeur comparative des divers éléments du tissu conjonctif. Dans les lames fibreuses, on décèle la présence de nombreuses fibres élastiques et l'on est frappé du nombre des cellules conjonctives.

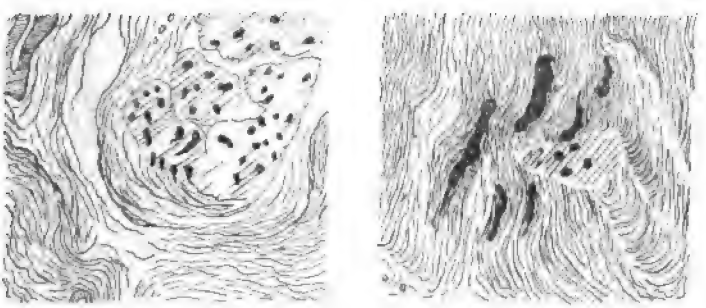


FIG. 2 et 3. — Coupes examinées au grossissement 8 du microscope Stiassné.

La figure 2 montre la section transversale d'un petit faisceau nerveux noyé dans du tissu fibreux. Les points noirs sont la coupe transverse des fibres à myéline.

La figure 3 est un point de la préparation où l'on voit les fibres nerveuses à myéline dégénérées sur leur longueur; les fibres sont écrasées par le tissu conjonctif; la myéline est granulée.

De tout cet examen, la conclusion est que, en ce qui concerne le cas de tumeur recueillie au service, c'est bien ce qu'on est convenu d'appeler un névrome plexiforme.

L'examen histologique montre que la tumeur est constituée par un double processus, d'une part processus de dégénérescence de fibres nerveuses, d'autre part processus de prolifération du tissu conjonctif qui entourait les faisceaux nerveux et de celui qui en séparait les fibres constitutives. Tous les éléments du tissu conjonctif prennent une part dans l'enveloppement des éléments nerveux dégénérés. Ce ne sont pas seulement les fibres conjonctives qui s'épaississent et se multiplient, mais même les fibres élastiques et les cellules conjonctives qui envahissent le faisceau nerveux.

M. VALUDE. — J'ajouterai deux mots à la communication de M. Duclos, relativement au traitement de ces névromes plexiformes. J'avais espéré amender l'état de mon petit malade avec l'électrolyse, mais je n'ai pu obtenir qu'une assez faible réduction de la tumeur. En définitive dans ces cas, il faut en venir à l'extirpation la plus complète possible, en se maintenant dans certaines limites pour éviter la défiguration.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME-UNI

(Octobre 1901 à juillet 1902.)

En plus des communications analysées précédemment (*Recueil d'opht.*, 1902, p. 191 et 545, et 1903, février) on trouve dans le XXII[e] volume des *Comptes rendus*, beaucoup de travaux intéressants.

Le discours présidentiel de LITTLE (octobre 1901) portait sur **l'utilité de l'iridectomie dans le glaucome chronique** et aussi dans les prodromes. La sclérotomie, selon d'autres auteurs, ne lui avait pas donné tous les succès attendus et il était revenu aux idées de DE GRAEFE sur la nécessité d'opérer de très bonne heure.

Sur 67 cas revus après dix-sept à vingt-cinq ans, 11 étaient morts, 10 étaient aveugles, mais un seul avec hypertension; 19 ne purent être retrouvés; 4 avaient beaucoup perdu de vision et 23 avaient une vue excellente. Si on ne considère que les 37 revus, cela fait 62 p. 100 de succès après plus de quinze ans.

L'ésérine et la pilocarpine même après des mois d'usage, laissent la maladie progresser et il faut en venir à l'opération.

La conférence dite de Bowmann, faite par FUCHS (de Vienne) sur les **kératites**, passe en revue les lésions microscopiques épithéliales, l'épaississement ou l'amincissement, la desquamation, l'infiltration calcaire, etc., dans les principales affections de la cornée. Il insiste sur les dangers de la cocaïne dans les kératites, décrit avec soin l'ulcère rongeant, la kératite neuro-paralytique, l'ulcère athéromateux qui survient sur les leucomes anciens, la dessication du xérosis, le gonflement dans la kératite interstitielle et dans certains états séniles non glaucomateux, l'opacité nodulaire de Groenouw, l'infiltration uniforme dans cer-

tains cas de panophtalmie au début, l'abcès annulaire infectieux avec nécrose totale de la cornée. Finalement il recommande l'habitude d'user, dans l'examen oculaire, d'un grossissement considérable.

TEACHER COLLINS. **Forme rare d'opacité au centre de chaque cornée.** — L'état général du sujet est bon, mais l'aspect hérédo-spécifique est très net : il y a un voile fin, pointillé, uniforme sur les deux cornées; au centre et symétriques, des taches et des lignes irrégulièrement entre-croisées. L'opacité paraît résider dans les couches antérieures de la substance propre; l'auteur admet des dépôts calcaires. On ne put, par grattage, avoir une parcelle opaque. La Société d'ophtalmologie rapproche ce cas de ceux de GROENOUW et FUCHS (trouble nodulaire de la cornée).

MARCUS GUNN dans un cas de **cyclite avec kératite ponctuée** chez un hérédo-spécifique, trouve plusieurs dépôts en forme d'S.

ROCKLIFFE. — Un cas d'**ulcère lépreux de la cornée**, observé en Angleterre chez un marin indien, âgé de 21 ans, et atteint depuis cinq ans : les symptômes somatiques étaient multiples et graves. Le bacille de la lèpre ne put jamais être constaté dans l'ulcère.

LAWFORD KNAGGS. **Plis symétriques de la choroïde et de la rétine** dans quatre cas de myopie très élevée. — Ces myopies dépassaient toutes 20 dioptries, il n'y avait pas de tendance au décollement; ce pli situé près de la macule, plus ou moins étendu du haut en bas, parfois bifurqué, était cependant évidemment un détachement des deux membranes. L'auteur pense à un glissement pendant l'allongement de l'œil, et les membranes restant fixées par la pupille, le pli est constitué. HAAL et WEISS ont déjà décrit des aspects semblables sans attirer spécialement l'attention.

HIGGENS. **Décollement rétinien complètement guéri.** — L'auteur, par le repos couché, horizontalement, le mercure et les bains de vapeur, obtint un succès qui lui paraît pouvoir être dû autant au traitement qu'au hasard. Il émet cette juste opinion que le traitement de cette affection depuis trente ans a fait peu de progrès.

CARTEVRIGT cite un cas de **décollement après l'extraction de la cataracte.** — Ici encore le repos au lit et une sclérotomie dans la zone détachée ont amené la guérison. L'auteur conclut

aussi que beaucoup doit être rapporté à la nature dans cette heureuse issue. Hartridge pense également qu'il y a peu de succès durables (au delà de trois ans). JESSOP et DEVERENS MARSHALL ont toujours vu des récidives.

HENRY JULES. **Aniridie.** — L'œil énucléé pour panophthalmie et glaucome par traumatisme montra une bande d'iris, par place réduite à néant.

De l'autre côté, opacités cristalliniennes considérables (59 ans). DEVERENS MARSHALL remarque que le glaucome est fréquent dans l'aniridie; l'angle est facilement obturé, l'iris étant parfois absente. TR. COLLINS a trouvé que souvent l'angle n'existait pas, les deux tissus n'étant pas séparés.

ORMOUD. **Anophthalmie congénitale bilatérale.** — L'enfant âgé de 7 mois, présente dans un entropion bilatéral un sac conjonctival allongé sans globe oculaire. Les points lacrymaux sont bien formés, les orbites sont petits; ne peut-on penser à une ophthalmie purulente double avec fonte totale, ignorée des parents. Les parents sont cousins au premier dégré, et c'est le seul enfant.

HARTRIDGE. **Ectropion de l'uvée.** — L'iris étalée et adhérente, difficilement mobile par l'homatropine, montrait, vue de profil à droite, une masse unique saillante, atteignant presque la face postérieure de la cornée, plus deux autres nodules. A gauche, quatre masses moins saillantes. FROST rapproche de ces faits les masses uvéennes pédiculées de certains animaux, surtout le cheval.

BRONWER. **Deux familles à microphthalmos congénital et bilatéral avec cataracte.** — Ni alcool, ni syphilis, ni consanguinité. FUCHS rappelle l'expérience de DEUTSCHMANN : phlegmon tuberculeux de l'œil d'un lapin et de celui d'une lapine, et colobome et microphthalmie chez les produits de ces deux animaux. ARGYLL ROBERTSON a vu un homme ayant perdu un œil par traumatisme, l'autre par sympathie et épousé une aveugle, qui eut des enfants microphthalmes.

LAWFORD. **Lésion chorio-rétinienne par contusion.** — Œdème de la rétine, turgescence de ses veines et dépôt pigmentaire étendu vers le macula.

FROST. **Ruptures choroïdiennes multiples.** — La plus importante, concave, est située parallèlement au bord papillaire, à

3 diamètres en dehors, plus tard on découvrit d'autres zones sans pigment, irrégulières. L'auteur ne peut affirmer si c'est l'effet de l'accident ou du processus atrophique consécutif.

HERBERT PARSONS. **Pseudo-gliome**, dû à une membrane congénitale rétino-cristallinienne. L'œil énucléé par PERCY FLEMMING (enfant de 4 mois) présente, en place de capsule postérieure, une couche de tissu fibro-cellulaire continué sur le ligament suspenseur et dans le vitré.

DU MÊME. — **Dégénérescence graisseuse et calcaire de la rétine.**

DU MÊME. — **Un cas de microphthalmos.**

THOMSON. — **Oblitération de l'artère rétinienne** après des crises d'amblyopie temporaires. LAWFORD pense à des accès migraineux avec spasme des vaisseaux du cerveau et de l'œil. Dans un cas semblable il finit par constater des lésions vasculaires. THOMSON doute qu'il s'agisse d'endartérite oblitérante.

ROCKLIFFE. **Carcinome secondaire de l'œil.** — L'examen a été fait par LISTER; la tumeur primitive, qui est la plus fréquente, réside dans les glandes mammaires, chez les femmes de 40 à 60 ans, et la métastase a lieu dans les deux ans qui suivent l'apparition. HOLMES SPICER cite le cas d'une femme ayant subi l'amputation du sein deux ans et demi avant, et dans l'œil de laquelle, sous un décollement rétinien, on trouva un carcinome de la choroïde. GRIFFITH suppose que ces tumeurs sont toujours plates au début. DEVERENS MARSHALL, au contraire, remarque que les sarcomes sont plus souvent saillants.

ROCKLIFFE. **Mort d'un enfant de 10 mois après instillation de 7 gouttes d'atropine à 1 p. 100.** — La température élevée, le pouls et la respiration accélérés, vinrent s'ajouter à un rash-érythémateux que l'enfant présentait avant son entrée. L'enfant avait eu des convulsions précédemment. L'auteur hésite sur la cause de la mort, à cause du rash et de la fièvre qu'il n'a jamais observé dans l'intoxication atropinique.

SYDNEY STEPHENSON. **Allongement du droit interne.** — Dans certains cas de strabisme convergent, le procédé est de ceux que l'on emploie pour les sutures tendineuses quand les extrémités ne peuvent être rapprochées; soit une portion d'un plan oblique,

glissée parallèlement à la section; soit un dédoublement sectionné puis suturé, aux extrémités. L'auteur a ainsi opéré six malades avec succès, sauf un. L'opération, plus compliquée que la ténotomie, donnerait des résultats supérieurs et plus faciles à doser.

WERNER. **Colobome du nerf optique.** — La vision est très faible. L'auteur considère que, à un degré plus avancé, la lésion conduit à l'anophthalmie avec kyste congénital de la paupière supérieure (l'œil est du reste déjà un peu petit).

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

Par le Dr PÉCHIN

(Janvier 1903)

Asepsie et prophylaxie en ophtalmologie, par M. PANAS. — M. Panas décrit les divers procédés d'antisepsie des paupières, notamment lorsqu'il s'agit de soins préparatoires à l'opération de la cataracte, et en général antisepsie de l'opérateur, des instruments et des pièces de pansement, insiste sur l'utilité et l'efficacité des mesures antiseptiques prises dès le début dans les traumatismes oculaires réservant pour plus tard, et selon les circonstances, les interventions opératoires. Soit dans les traumatismes, soit dans les processus plastiques et suppuratifs de quelque origine qu'ils soient, on ajoutera le traitement général par le mercure, le calomel, la sérumthérapie, les diurétiques, les diaphorétiques. La thérapeutique antiseptique donne d'excellents résultats dans les conjonctivites des nouveau-nés et la conjonctivite blennorragique, le trachome. M. Panas termine cette revue générale par des considérations prophylactiques et thérapeutiques sur les affections oculaires d'origine syphilitique, sur celles provenant des intoxications professionnelles, celles dues à l'alcool, le tabac, et enfin celles dues à la lumière, l'électricité, les corps vulnérants dans les diverses industries.

L'intervention chirurgicale dans la paralysie des muscles oculaires, par LANDOLT. — Voir le *Recueil d'ophtalmologie*, décembre 1902, p. 736.

Etude histologique et pathogénique d'un cas de microphtalmie, par MONTHUS et OPIN. — Examen anatomique de l'orbite d'un enfant microphtalme. Cet enfant venu à terme et mort peu après l'accouchement, avait en outre un bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine, de la polydactylie, une absence complète des deux lobes occipitaux remplacés par une poche kystique contenant un liquide séreux. On n'a pu avoir de renseignements sur l'état des voies optiques entre le chiasme et le cortex. Chiasma et nerfs optiques semblent normaux jusqu'au canal optique. Bords palpébraux inversés en dedans, absence de globes oculaires. La présence d'éléments pigmentaires tout le long de la face interne de la gaine piale du nerf, identiques au pigment épithélial rétinien, indique que les cellules ectodermiques qui constituent le nerf optique ont gardé leurs aptitudes cytologiques, quoique partiellement arrêtées dans leur évolution. Le corps vitré ne présente aucun signe d'inflammation, mais il est relié à la rétine décollée par des prolongements fibrillaires, expansions protoplasmiques de l'épithélium ciliaire (Tornatola et Addario). En somme, aucune des parties constituantes de l'œil, très réduit de volume, ne faisait défaut. C'est un arrêt de développement dû à une infection générale intra-utérine (syphilis, tuberculose, etc.).

(Février 1903)

Régénération du corps vitré, par A. HAEMERS. — Ce travail a été l'objet d'un mémoire couronné au concours entre les universités belges. Il est de la plus haute valeur. Et comme il est lui-même l'analyse du mémoire, on comprend qu'une seconde analyse d'une première analyse, risque de donner un résumé bien infidèle du mémoire lui-même, qui doit être lu entièrement si l'on veut bien comprendre ce travail d'anatomie pathologique. La réparation du vitré se fait par l'apparition de produits exoplasmiques aux dépens du tissu de soutènement de la rétine. Le corps vitré embryonnaire présente des rapports intimes avec le feuillet interne de la vésicule secondaire. Le corps vitré adulte montre des rapports avec le feuillet sensoriel, au moins chez certaines espèces. Le corps vitré de néoformation s'élabore aux dépens de la neuroglie rétinienne. L'organe doit donc être rangé parmi les tissus d'origine ectodermique. Il est assimilable aux productions exoplasmiques trouvées dans le névraxe.

Le professeur Panas, par F. DE LAPERSONNE. — Le nouveau professeur d'ophtalmologie trace en quelques pages la vie et les

œuvres de son ancien maître, le regretté professeur Panas. Grâce à sa vaste érudition et à son grand amour du travail, Panas a laissé à la Faculté de Paris le souvenir d'un érudit et d'un excellent professeur.

L'exploration de la pupille, par H. COPPEZ. — M. Coppez propose un schéma d'exploration de la pupille qui consiste : 1° à noter le diamètre relatif des pupilles; 2° à mesurer la grandeur absolue des pupilles; 3° à rechercher la réaction directe; 4° rechercher la réaction consensuelle; 5° à noter les variations pendant la convergence et l'accommodation.

ANALYSE DE LA « CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE »

(Numéros de janvier, février et mars 1903)

Par le Dr A. YVERT

Sur l'emploi de l'adrénaline en thérapeutique oculaire, par le Dr H. COPPEZ (de Bruxelles). — Parmi les innombrables médicaments nouveaux, dont s'est enrichie depuis quelque temps la thérapeutique, il en est peu qui méritent de retenir l'attention autant que l'adrénaline. Ce produit n'est pas, en effet, un simple perfectionnement, un succédané quelconque de ses prédécesseurs; on peut dire, en réalité, qu'il n'est comparable à aucun autre corps en usage. Isolé en 1901 par le Dr Takamine (de New-York), il a surtout rendu de signalés services aux ophtalmologistes, dans la pratique courante desquels il est maintenant entré d'une manière définitive. Instillée dans un œil normal, à la dose d'une goutte de solution à 1 p. 1,000, l'adrénaline détermine, en quelques secondes, une blancheur toute particulière du globe de l'œil, de la conjonctive des culs-de-sac et des paupières. L'effet maximum s'obtient en deux minutes environ, et persiste d'une heure à deux. L'organe de la vision prend, dans ces conditions, un éclat particulier, langoureux et profond, qui n'est pas sans charmes; un réflet tout spécial, un brillant extraordinaire qui attirent l'attention, et font déjà, que bien des personnes habituées à fréquenter les bals, les soirées, les théâtres, utilisent cet alcaloïde dans un but purement esthétique. A plus forte raison, devra-t-on en recommander l'usage, dans ces conditions, aux personnes d'un certain

âge, dont les conjonctives bulbaires se congestionnent facilement, et à certaines jeunes filles dont les paupières se gonflent et s'injectent après quelques heures passées sous l'éclat des lustres, dans une atmosphère surchauffée et confinée. D'autant plus que cette substance n'altère en rien l'épithélium de la cornée, ne produit ni myosis ni mydriase et ne modifie en quoi que ce soit l'accommodation.

Mais là, où l'adrénaline mérite surtout d'être étudiée, où elle rend les plus grand services, c'est quand on recherche sa valeur dans ses applications thérapeutiques.

Un premier point, extrêmement important et intéressant, est cette propriété qu'elle possède : d'accentuer notablement, quand elle y est *associée*, l'effet de tous les alcaloïdes auxquels on l'ajoute. L'anesthésie cocaïnique devient plus rapide et plus profonde; la mydriase beaucoup plus accentuée sous l'influence de l'atropine; le myosis bien plus prononcé, sous celle de l'ésérine ou de la pilocarpine. De même, en cas d'hypérémie du globe de l'œil, qui offre alors, comme on sait, une plus grande résistance à l'action des collyres, l'adrénaline favorise leur action et en augmente l'intensité : c'est ainsi, qu'en cas d'iritis grave, on obtiendra des résultats vraiment extraordinaires de l'emploi du collyre mixte suivant :

Sulfate neutre d'atropine.	0,02	centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.	0,20	—
Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000e. . .	2 à 5	grammes.
Eau distillée.	8 à 5	—

Une goutte toutes les trois heures.

De même, dans le glaucome aigu ou subaigu, on se trouvera parfaitement bien de recourir à la formule ci-dessous :

Chlorhydrate de pilocarpine.	0,10	centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000e. . .	âà 5	grammes.
Eau distillée.		

Une goutte toutes les deux heures, jusqu'à cessation de l'accès.

Dans tous les cas où il s'agit d'obtenir une insensibilité complète sur un œil hypérémié, il sera indiqué de prescrire :

Chlorhydrate de cocaïne.	0,20	centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000e . . .	2	grammes.
Eau distillée.	8	—

Une goutte toutes les deux minutes pendant dix minutes.

Ces collyres mixtes ont une efficacité réellement surprenante; et même, pour ce dernier, il semble que l'adjonction de l'adrénaline à la cocaïne ait la propriété de diminuer les tendances à la syncope cocaïnique, à redouter surtout chez les enfants.

De plus, l'adrénaline agit d'une façon toute spéciale, on pourrait presque dire spécifique, dans certaines affections oculaires : le catarrhe printanier, les sclérites et les épisclérites par exemple. Nous avons été, pour notre compte personnel, témoin de véritables cures miraculeuses dans certains cas de ces dernières maladies, où nous avons essayé ce mode d'intervention thérapeutique.

Il n'est pas jusqu'aux cautérisations soit au nitrate d'argent, soit surtout au sulfate de cuivre, souvent si douloureuses et parfois même réellement insupportables, que l'adjonction de l'adrénaline à la cocaïne, ou que la solution seule d'adrénaline à 1/1,000, instillée à la dose de deux gouttes, cinq minutes avant l'application du sel d'argent ou de la pierre divine, ne rendent, sinon complètement indolores, tout au moins parfaitement tolérables, surtout si on prend la précaution de faire suivre ces cautérisations d'une seconde instillation d'adrénaline à quelques minutes d'intervalle.

L'extraction des lithiases conjonctivales sera également grandement facilitée par l'adrénaline : douleur beaucoup moindre, hémorragie presque nulle.

De même pour l'extraction des corps étrangers de la cornée.

Dans le traitement des affections des voies lacrymales, son emploi sera non moins indiqué, dans deux conditions principalement :

1° Pour guérir plus aisément qu'auparavant, grâce à l'action anémiante et décongestionnante de l'adrénaline, les rétrécissements inflammatoires du canal qui se laisseront, après sa pénétration à l'intérieur de ce conduit, modifier plus facilement par les injections caustiques ordinaires.

2° Pour rendre, d'autre part, le cathétérisme infiniment moins douloureux et moins dangereux, en cas de rétrécissement, non plus inflammatoire, mais même cicatriciel.

Dans les opérations sur la conjonctive (ptérygion, péritomie, autoplastie) ou dans les interventions pour strabisme (avancement ou recul du tendon), on pourra encore, grâce à l'adrénaline, éviter toute hémorragie.

Il n'est pas jusqu'à l'iridectomie qui ne puisse devenir moins difficile et moins compliquée, à la suite de l'emploi de la solution d'adrénaline au millième : elle pourra, dans tous les cas, pallier à ces hémorragies, souvent si abondantes et si rebelles, qui forcent le chirurgien à interrompre son opération, ou du moins

les rendre aussi peu gênantes que possible. Elle permet, selon l'expression si pittoresque de Lermoyez, d'opérer comme avec la bande d'Esmarck.

Enfin, notre distingué confrère, M. le Dr Coppez, termine son très intéressant article en signalant, sans preuves toutefois encore suffisantes à l'appui, l'avantage qu'on pourra, sans doute retirer de l'adrénaline dans les plaies bourgeonnantes des paupières, les ulcères tuberculeux ou épithéliomateux, sous forme de pansement avec de la gaze imprégnée d'une solution à 1/1000.

Traitement du xanthélasma des paupières par l'électrolyse. Résultats éloignés, par les Drs VILLARD et BOSC (de Montpellier). — A propos de l'article publié sur ce sujet par M. le Dr Leplat (de Liège), dans la *Clinique ophtalmologique* du 25 janvier 1902, et de quatre observations, la première remontant au mois d'avril 1899, dont ils ont pu suivre avec grand soin les résultats éloignés, nos distingués confrères de Montpellier décrivent le procédé auquel ils ont recours et qu'ils préconisent, les symptômes qui suivent leur mode d'intervention et les conséquences ultérieures de ce genre de traitement.

Les instruments qu'ils emploient sont : une aiguille double, en platine ou en acier, composée de deux aiguilles accolées parallèlement en canon de fusil, dont chacune est reliée à un pôle différent; un galvanomètre, de n'importe quel modèle, pourvu qu'il soit très juste et que sa graduation donne largement les milliampères; un rhéostat; une source d'électricité quelconque.

Comme *manuel opératoire*, ils recommandent : tout d'abord, de faire, sur le trajet que doivent suivre les aiguilles, une injection intra-dermique de quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 50e ou mieux au 100e, qui a comme résultat de rendre toute douleur absolument nulle. Alors, après cinq à six minutes, on enfonce dans le derme, au niveau du xanthélasma, parallèlement à la surface de la peau, et sur une longueur de 10 millimètres au maximum, l'aiguille double. Puis, quand cette dernière est bien en place, on fait passer le courant en augmentant graduellement son intensité à l'aide d'un rhéostat et on arrive jusqu'à 6 à 8 milliampères, que les auteurs ont presque toujours atteints. Au bout de deux à quatre minutes on interrompt le courant, en la ramenant doucement à 0 à l'aide du rhéostat. D'ailleurs, au point de vue de la durée du passage du courant, on se laisse surtout guider par l'étendue de la plaque à électrolyser et par le dégré d'altération qu'elle subit.

MM. Villard et Bosc terminent leur intéressante communication par les conclusions suivantes : l'électrolyse est le traitement de

choix de tous les cas de xanthélasma des paupières, quels que soient leur siège, leur nombre ou leur étendue, l'excision devenant le traitement d'exception. Elle n'entraîne aucune perte de substance (l'escharre étant limitée aux couches superficielles de la peau), aucune déformation et donne un résultat esthétique parfait. Enfin, condition essentielle, la guérison reste complète et définitive, à la condition toutefois que l'électrolyse ait atteint et détruit tous les points du xanthélasma et qu'elle ait même légèrement dépassé les limites de la néoplasie.

Sur la vision de taches colorées dans le champ visuel (*Scotomes colorés*), par le Dr Emile Lévi (de Stuttgart). — Les observations de ce genre sont d'une rareté considérable; aussi, la publication du fait, recueilli par M. le Dr Lévi, à la consultation du professeur Kœnigshœfer, lui semble-t-elle d'autant plus indiquée qu'elle diffère des autres, non seulement par la forme du scotome coloré, mais encore et surtout par sa genèse. Il s'agit, dans ce cas intéressant, d'une jeune fille de 27 ans, présentant une foule d'autres symptômes, qui furent considérés comme de nature manifestement hystérique, mais qui accusait, du côté de l'organe de la vision, les troubles bizarres suivants :

Elle voit, avec l'œil droit, en bas et en dehors de l'objet fixé, une tache ronde de couleur rouge feu, qui émet dans toutes les directions, à la façon d'une étoile, des rayons tremblottants de même couleur. La grandeur de la tache varie avec l'éloignement de l'objet fixé, depuis les dimensions d'un pois, dans la vision rapprochée, jusqu'à celles d'une pièce de 5 francs quand elle fixe un poteau télégraphique éloigné de 150 mètres environ. Quand l'œil est au repos, la tache paraît immobile et n'attire pas trop l'attention de la malade; mais quand elle y songe et y fixe sa pensée, elle perçoit cette tache qui devient très gênante et apparaît sous forme d'un boulet de feu qui parcourt le champ visuel en tout sens. Pas de modification quand les yeux sont fermés. Avec un moindre éclairage et dans l'obscurité, la tache, préalablement colorée en rouge uniforme, s'entoure d'un anneau bleu, tandis que les rayons scintillants disparaissent. Quand la patiente a beaucoup travaillé pendant la journée, l'apparition devient plus gênante le soir. Une forte lumière, la neige en diminuent l'intensité; le temps sombre l'augmente. Même apparition pour l'œil gauche, à cette différence près, qu'elle est moins distincte et moins apparente. Or, pour l'auteur, l'intérêt particulier de son observation réside dans ces particularités : qu'il n'a pu trouver aucun lien, aucune relation de cause à effet entre l'état nerveux, constaté chez cette jeune fille, et les troubles oculaires accusés par elle; que,

d'autre part, l'examen ophtalmoscopique le plus minutieux ne lui permit pas de noter la plus légère altération, le moindre trouble en aucun point de la rétine, ni du corps vitré; et qu'enfin rien ne put lui faire supposer qu'il s'agissait d'une lésion centrale, siégeant en un département quelconque de l'encéphale. Ce qui distingue surtout son cas des autres, d'ailleurs, c'est : 1° l'apparition du scotome coloré sur un œil parfaitement sain ; 2° la longue durée et l'invariabilité de l'affection.

Le jéquiritol, par le Dr H. Coppez (de Bruxelles). — Notre distingué confrère ayant mis en expérience l'emploi du jéquiritol, si vanté par les uns, si décrié par les autres, rend compte des résultats qu'il a obtenus. Après un historique aussi complet que possible de la question, pour lequel nous renvoyons nos lecteurs à l'original lui-même, M. le Dr Coppez commence par préciser le mode d'emploi du jéquiritol, et l'agent médicamenteux qu'il a toujours employé dans le cours de ses observations: il n'est autre que celui confectionné par la maison Merck, de Darmstadt, et qui est renfermé dans des trousses contenant quatre flacons numérotés, scellés à la lampe, d'un centimètre cube de jéquiritol chacun. Chaque numéro est dix fois plus actif que le numéro précédent. Une goutte n° 4 vaut donc 1,000 gouttes du n° 1. On trouve, en outre, dans cette trousse, quelques tubes de sérum-jéquiritol et une pipette compte-gouttes, permettant d'instiller des gouttes exactement dosées à 10 milligrammes. L'instillation des collyres 1 et 2 est peu douloureuse; celle des nos 3 et 4 produit une cuisson assez vive rendue fort supportable, d'ailleurs, par quelques gouttes de cocaïne à 5 p. 100. Or, après quelques tâtonnements, notre confrère en est arrivé à adopter, d'une manière définitive, la marche suivante: il débute par le n° 3, dans les cas où auparavant il employait l'infusion de jéquirity.

Le 1er jour,	10	milligrammes du	n° 3
— 2e —	20	—	3
— 3e —	30	—	3
— 4e —	40	—	3
— 5e —	10	—	4
— 6e —	20	—	4
— 7e —	30	—	4
— 8e —	40	—	4

La réaction apparaît le plus souvent vers le troisième jour; deux réactions suffisent en général. M. le Dr Coppez n'a, d'ailleurs, jamais pu obtenir plus de trois réactions. Les douze premières

heures de l'ophtalmie jéquiritique sont assez pénibles ; mais après vingt-quatre heures l'œdème palpébral commence à diminuer et le malade se sent soulagé. Un seul cas, où les symptômes inflammatoires présentaient une intensité anormale, exigea l'emploi du sérum, dont l'effet, du reste, a paru fort net.

Quant aux résultats obtenus, contre les granulations et leurs complications, ils ont été exactement ceux fournis antérieurement par l'infusion de jéquirity, à savoir: la disparition rapide du pannus, la réparation des ulcères cornéens et l'aplanissement des conjonctives. M. Coppez, du reste, ne cherche pas à obtenir, par ce moyen, la guérison complète et absolue de l'affection granuleuse; son but, plus modeste, est d'entraver, de supprimer les poussées aiguës, les phénomènes irritatifs; pour rendre alors la maladie justiciable de procédés plus radicaux, tels que le brossage au sublimé à 4 p. 1,000, l'expression ou l'électrolyse.

Entre temps, notre distingué confrère avait été amené à utiliser le jéquiritol, à très faibles doses, contre quatre cas de kératite parenchymateuse, et en avait obtenu des résultats tout à fait inattendus. Dans une autre observation, des plus graves, avec cornée complètement vascularisée et coiffée à son centre d'un bourgeon charnu de la grosseur d'un pois, l'instillation de 10 milligrammes de jéquiritol n° 1 pendant plusieurs jours consécutifs, amena une rétrocession très rapide des accidents, avec disparition du bourgeon charnu et des vaisseaux.

Il obtenait des améliorations non moins certaines, avec le collyre n° 1 également dans certains cas de kérato-conjonctivite phlycténulaire vascularisée tournante, avec photophobie modérée; de conjonctivites chroniques, avec yeux sensibles, rougissant et larmoyant au moindre prétexte ; de conjonctivites aigües de forte intensité, laissant après elles une sensibilité exagérée de la muqueuse ; de brûlure étendue de la conjonctive bulbaire avec rougeur persistante ; et enfin de plaies étendues atones, d'ulcères tuberculeux ou épithéliomateux. Aussi recommande-t-il de pousser plus avant ces recherches qui ne sont encore, pour lui, qu'à l'état d'ébauche, il est vrai, mais dont les promesses sont des plus encourageantes pour l'avenir.

Le glaucome émotif, par le Dr A. Trousseau. — Dans le cours de sa pratique notre savant confrère a été très frappé par une série d'observations des plus nettes, où des accidents non douteux de glaucome aigu ou subaigu éclatèrent presque subitement, chez des sujets nullement ou fort peu prédisposés, d'ailleurs, en dehors de leur état nerveux général, à ce genre d'affection, à la suite et comme conséquence d'une émotion vive,

d'une crainte, d'une peur exagérée (cathétérisme des voies lacrymales, chute dans l'eau, opération très redoutée de chalazion, chute de cheval, incendie dans un théâtre, accident d'automobile, etc.). Aussi en arrive-t-il à cette conclusion que : quelle que soit la pathogénie si complexe du glaucome, il y a toujours lieu de tenir un très grand compte de l'origine nerveuse, émotive de cette affection si souvent manifeste en clinique, et que ne considèrent peut-être pas avec assez de soins les chercheurs qui ne veulent envisager que la seule responsabilité des lésions anatomiques.

Strabisme convergent d'origine traumatique, par le Dr LEPLAT (de Liège). — Il s'agit, dans ce cas intéressant, de l'apparition, à la suite d'une simple contusion de l'œil gauche par une boule de neige, des trois symptômes suivants : *myosis*, *myopie*, *strabisme convergent*. Or, le myosis d'origine traumatique, résultant d'un spasme du sphincter irien, est bien connu, et loin d'être rare. De même la myopie, résultant d'un spasme de l'accommodation, après un choc sur l'œil, et qui présente cette particularité de disparaître, sous l'action de l'atropine, pour faire place soit à l'emmétropie, soit comme dans le fait actuel, à l'hypermétropie. Pour ce qui est enfin du strabisme convergent par contraction traumatique du droit interne, il se rencontre beaucoup plus rarement. Mais l'intérêt réel de cette observation réside surtout dans la réunion de ces trois spasmes concomitants; et dans le mode de traitement auquel notre distingué confrère eut recours pour obtenir la disparition complète de ce strabisme spasmodique. Partant, en effet, de ce principe : que pour provoquer le relâchement d'un spasme du muscle ciliaire, le meilleur moyen consiste dans l'emploi successif de verres convexes de numéro décroissant; pour la même raison, il agit sur le muscle droit interne contracturé à l'aide de prismes, à base temporale, de 14°, 12°, 10°, 8°, etc., jusqu'à 2°. Il est bon, en terminant, de noter que jamais, jusqu'à cet accident, la jeune fille en question n'avait manifesté le moindre stigmate hystérique.

Ophtalmie purulente à streptocoques. Ulcérations cornéennes. Insuccès du nitrate d'argent et du protargol. Guérison en trois jours par le sérum de Roux, par le Dr DARIER. — Observation extrêmement intéressante d'ophtalmie purulente, chez un nouveau-né, à streptocoques, compliquée d'ulcérations des deux cornées, et aggravée plutôt qu'améliorée par le nitrate d'argent, le protargol et l'argyrol (vitellinate d'argent absolument indolore et bactéricide puissant); en ce sens que

l'usage de ces sels semblait avoir donné lieu à la production de fausses membranes d'origine argentique. Ce que voyant, notre distingué confrère, qui déjà, à différentes reprises, avait vu des fausses membranes dues à des streptocoques fondre rapidement sous l'influence du sérum antidiphtérique, eut recours à trois injections de ce sérum, les deux premières de 10 centimètres cubes, la troisième de 5 centimètres cubes seulement, combinées à la pommade de Crédé à l'argent colloïdal, qui fut parfaitement supportée. Ce second moyen thérapeutique avait été associé aux injections de sérum, en raison d'abord de l'action pour ainsi dire élective du collargol sur les infections streptococciques; et par ce second motif que, dans quelques cas où les injections de sérum de Roux avaient paru tout d'abord amener une certaine sédation des accidents, peu de temps après la suppuration reprenait de plus bel du côté des cornées. Toujours est-il que, dans ce cas particulier, la combinaison de ces deux modes de traitement a donné un résultat parfait.

Le collargol dans les infections oculaires, par le Dr A. Trousseau. — A la suite des beaux résultats obtenus par Crédé et Netter, dans les maladies générales infectieuses, M. le Dr Trousseau voulut se rendre compte, par lui-même, de la valeur de ce nouvel agent thérapeutique. Or, dans trois cas d'irido-choroïdite, à pronostic des plus graves en apparence, observés chez une jeune femme, en puissance d'accidents puerpéraux inquiétants, chez une autre femme de 48 ans, atteinte de pneumonie infectieuse à allure redoutable, et chez un homme de 55 ans opéré de cataracte, les frictions au collargol déterminèrent une détente tellement nette et rapide, que notre savant confrère ne peut croire à une simple coïncidence. D'ores et déjà, il considère cette médication comme réellement efficace et ne saurait trop en recommander l'emploi. Jamais, d'ailleurs, M. Trousseau n'a eu recours aux injections intra-veineuses; il s'est toujours borné à prescrire les frictions faites avec 3 grammes de pommade à 15 p. 100 sur la peau préparée, décapée et rubéfiée.

Sur un procédé opératoire du ptosis, par le Dr Sourdille. — Description d'un nouveau procédé, imaginé par l'auteur, et qui a pour caractéristique : d'aller chercher le tendon du releveur de la paupière, non plus à son insertion au tarse, comme dans celui présenté par Angelucci au Congrès international de médecine de Paris en 1900, mais *immédiatement derrière le septum orbitale*, en faisant à cette cloison une boutonnière dont la lèvre inférieure

sert de poulie de renvoi au releveur, après quoi, ce dernier est entraîné dans une logette creusée entre le périoste et le muscle frontal, à la face profonde duquel il est fixé par deux points de suture. Nous ne saurions mieux faire, d'ailleurs, que de renvoyer à l'original même, pour tous les détails de cette nouvelle opération, qui nous paraît appelée à un certain avenir.

De la valeur cosmétique de la paraffine après l'énucléation, par le Dr MAITLAND-RAMSAY (de Glascow). — Notre excellent confrère décrit ainsi le procédé auquel il a recours en pareille circonstance :

« Le malade étant chloroformé et l'écarteur de paupières mis en place, la conjonctive est détachée aussi près que possible du limbe scléro-cornéen; chaque muscle, avant d'être coupé au ras de la sclérotique sur le crochet à strabisme, est fixé à la conjonctive par un fil de catgut, le globe oculaire est alors énucléé *secundum artem*. Si l'on emploie en quantité suffisante la solution d'adrénaline, l'hémorragie cesse promptement. On remplit alors le sac de la capsule de Ténon avec de la gaze pendant que l'on place une forte suture en bourse; alors la gaze étant enlevée et la bourse ténonienne largement ouverte et tirée en haut, on injecte dans la cavité ainsi béante la paraffine liquéfiée. Il faut prendre bien soin que le patient ne fasse pas de mouvements de la tête jusqu'à ce que la suture en bourse ait été bien fermée par un double nœud; les sutures musculaires au catgut sont alors liées, le droit supérieur avec l'inférieur; le droit interne avec l'externe.

« De cette manière, la paraffine se moule intimement dans tous les recoins de la capsule de Ténon, et forme un moignon sur lequel les muscles s'insèrent solidement, lui donnant une grande mobilité. »

En général, la réaction est modérée; la suture retirée après quinze jours, et huit jours plus tard, on peut appliquer l'œil artificiel avec un résultat parfait. Sur vingt-deux cas particuliers à l'auteur, quatre insuccès seulement. La paraffine employée avait son point de fusion à 40°.

Dr A. YVERT.

LITTÉRATURE ANGLAISE ET AMÉRICAINE

Par le Dr A. BOUCHART

Absence congénitale de l'abduction avec rétraction dans l'adduction, par JAMESON EVANS. — Le titre même décrit à lui seul l'affection en cause. L'auteur présente deux observations avec figures et cite vingt-cinq observations d'autres médecins. Les théories émises par TURCK : insertion vicieuse (c'est-à-dire insertion trop postérieure du droit interne) ou fixation (c'est-à-dire fixation par le droit externe paralysé, qui transforme l'adduction en rétraction) et déjà discutées par WOLFF, sont reprises par EVANS qui admet une insertion vicieuse des deux droits, interne et externe, avec raccourcissement et diminution d'élasticité du premier. La déviation en haut ou en bas pendant la rétraction est due à la résistance du nerf optique dans un plan au-dessus ou au-dessous de l'horizontal. Le traitement consiste à aller découvrir les tendons incriminés et leur état d'insertion, pour pratiquer ensuite une section interne ou externe. (Le cas opéré par Evans n'eut qu'un résultat temporaire.) (*Opht. Review*, janvier 1903.)

Gliome de la rétine simulant l'hypopyon, par W. JESSOP. — Ce cas décrit en entier avec micrographies présentait dans la chambre antérieure des amas globuleux de cellules venues de la face antérieure ou postérieure de l'iris, et de nature néoplasiques ; la tumeur pénétrait le tractus nuvéal d'arrière en avant. WINTERSTEMER a déjà décrit un cas donnant lieu aux mêmes difficultés de diagnostic ; elles étaient encore plus considérables ici, à cause d'une probabilité de traumatisme, d'ulcérations cornéennes à deux reprises, et de la réplétion du vitré par la tumeur qui faisait paraître la lentille opaque. La tumeur à cellules rondes ne présentait nulle partie de rosettes, d'alvéoles ou d'aspect vermiforme. (*Id.*)

Traitement de la myopie, par LIEBREICH. — L'auteur expose sa théorie de pathogénie de la myopie, par l'état, non pas de l'orbite entier, mais de sa moitié interne ; la distance du centre de rotation du globe et de la paroi interne, et par suite l'effort de convergence sont les facteurs principaux. (Entre temps il critique,

au point de vue artistique, certaines objections faites à l'asymétrie de quelques chefs-d'œuvre antiques.) Le traitement consiste dans une association savamment combinée des verres correcteurs, et des prismes (décentration des verres). (*Id.*, février.)

Opération sur le droit supérieur dans la paralysie du grand oblique, par JACKSON. — L'auteur analyse avec précision les trois éléments de l'action du grand oblique, ainsi que ses adjuvants et ses opposants; ensuite, il considère de même le droit supérieur et les composantes de son action multiple. Dans la paralysie du grand oblique on doit rechercher : l'augmentation de la rotation en dedans par le droit supérieur, la diminution du pouvoir élévateur de ce muscle, l'augmentation de sa tendance à aider le petit oblique dans l'extorsion ; ces trois indications sont réalisées en déplaçant son insertion en bas et en dehors (ce qui équivaut à une ténotomie pour l'une des fonctions, et à un avancement pour d'autres). L'opération est simple, et deux cas ont été opérés avec succès. (*Id.*, mars.)

Remarques sur certaines conditions de la cornée, par H. BURNHAM. — L'auteur applique au traitement du kératocone cette trilogie médicamenteuse souvent rencontrée : mercure, iodure et pilocarpine, et depuis douze ans le succès a été constant. (*Id.*, mars.)

Résultats de 63 cataractes abaissées par les empiristes indiens, par MAYNARD. — Ces indigènes pratiquent indifféremment l'abaissement et la réclinaison. 61 p. 100 des cas ont conservé une vision bonne ou suffisante, l'âge moyen des opérés était de 52 ans. En général un cristallin mobile est plus dangereux que si des adhérences sont venues le fixer. Le glaucome est survenu plusieurs fois sur l'œil opéré ou sur l'autre. L'extraction pratiquée sur l'autre œil donne 23 p. 100 d'insuccès, ce que l'auteur attribue en partie à un état général mauvais. Deux tentatives d'extraction du cristallin abaissé ont donné un échec et un succès. Maynard compare les avantages et les dangers de ce procédé, et il conclut que les idées de Pouer, sur l'utilisation de l'abaissement dans certains cas, ne doivent pas être suivies. Il ajoute un examen microscopique d'un œil énucléé pour glaucome après abaissement. (*Id.*, avril.)

Distribution des artères de la choroïde localisant certaines formes de la choroïdite ou rétinite, par NETTLESHIP. — L'auteur considère les altérations séniles ou spécifiques (avec

scotome annulaire). Il en décrit quatre types : choroïdite centrale en gouttes, atrophie épithéliale autour de la tache jaune, destruction de l'épithélium et des capillaires, état cicatriciel blanc opaque de cette région; de plus, il en rapproche la rétinite circinée de Fuchs. L'auteur ne trouvant pas dans la structure chorio-rétinienne d'explication à ces lésions, et plus spécialement au scotome central, admet que le sang parvient en moindre quantité, ce qui favorise l'artérite dans cette région équatoriale. (*Royal London Opht. Hosp. Reports*, janvier.)

Influence du surmenage dans la genèse des chorio-rétinites, par LE MÊME. — Les phénomènes d'éblouissement (éclair, soleil) dont les symptômes sont plus sûrement établis que les lésions, sont d'abord passés en revue; puis la fatigue par usage prolongé et soutenu de la vision dans des conditions spéciales est ensuite étudiée. L'auteur cite des cas de choroïdite après fatigue oculaire, chez des gens affaiblis par une scarlatine antérieure, des chagrins, un traumatisme grave, des veilles...; la myopie et l'âge prédisposent aux hémorragies de la choroïde et du vitré; le décollement de la rétine a été observé chez un emmétrope, par surmenage oculaire, après une rechute d'influenza (sixième atteinte). L'auteur accuse surtout la congestion physiologique par usage excessif de la vision. (*Id.*)

Les enfants des malades à kératite interstitielle, par TREACHER COLLINS. — Sous ce titre l'auteur recherche si la syphilis se transmet à la troisième génération. Il fait la part du doute qu'entraîne la difficulté d'écarter la syphilis primaire chez ces sujets et aussi ses données ne sont-elles qu'approximatives. Considérant la présence de symptômes d'hérédité spécifique, ou plus simplement la mortalité infantile dans ces familles et le nombre des accouchements avant terme, il conclut que la mortalité est plus considérable parmi les enfants de syphilitiques que parmi les petits enfants; qu'il faut néanmoins admettre une influence dystrophique, mais que le petit nombre des avortements (dans cette seconde génération) semble démontrer que cette influence dystrophique n'agit pas sur le fœtus « in utero ». (*Id.*)

Cicatrisation des plaies de la choroïde, rétine et sclérotique, avec remarques sur la rétinite proliférante, par HERBERT PARSONS. — Ce travail très complet porte sur six cas d'expérimentation sur le singe, et trois observations de traumatisme humain. L'auteur remarque que les six premiers sont aseptiques et les trois autres plus ou moins infectés. Au point de vue de la gravité, la

principale cause est la lésion de la choroïde ou de la sclérotique (ou des deux), avec la rétine, ensuite, la lésion d'un vaisseau de quelque importance. La pénétration par la cornée, entraînant une lésion du cristallin, conduit à une désorganisation plus générale qu'une plaie sclérale seule. D'une façon générale et ici comme partout, l'hémorragie est suivie d'infiltration leucocytaire, puis la cicatrice s'organise. Les leucocytes, venus surtout des vaisseaux et s'étant multipliés sur place, ont une triple action digestive, mécanique, et phagocytaire. Ils sont ensuite détruits par morcellement. La cicatrisation se fait par les cellules fixes du tissu conjonctif ; l'élément nerveux de la rétine ne peut intervenir. La prolifération des fibres de Müller est une illusion due à l'effacement des éléments nerveux. La sclérotique est moins active que la choroïde à cause de sa vascularité moindre. Les cellules endothéliales du sang des vaisseaux chorio-rétiniens prennent une part à la cicatrisation. L'article de PERCY FLEMMINS expliquait la *rétinite proliférante* par une inflammation spéciale à la région papillaire, en cas d'hémorragie rétinienne, et ne survenant pas ailleurs. PARSONS croit qu'il y a là une cause toxique générale (diabète, néphrite...) qui favorise l'hémorragie et ensuite seulement ou même nullement, produit une inflammation. Le tissu rétinien mésoblastique étant plus abondant vers la papille, une hémorragie dans cette zone à gros vaisseaux a plus de raisons de donner l'aspect de rétinite proliférante. (*Id.*)

Un cas de rétinite pigmentaire, par LISTER. — L'auteur en présence des lésions connues dans les éléments nerveux de la rétine (cônes et bâtonnets, atrophie) pense à une cause première nerveuse (symétrie et absence de lésion vasculaire choroïdienne). Les cas à sclérose des vaisseaux de la choroïde (la pigmentation rétinienne est ici secondaire) doivent être classés à part n'étant souvent pas symétriques ou monoculaires. (*Id.*)

Carcinome méastatique de la choroïde, par H. PARSONS. — Le foyer primaire avait occupé le sein droit. Parsons combat l'opinion de D. MARSHALL qui veut qu'au début la tumeur soit plate. Les Allemands ont du reste appelé sarcome plat une catégorie spéciale, rare, s'infiltrant circulairement dans le corps ciliaire. La tumeur est conformée suivant le tissu environnant et se développe dans le sens de la moindre résistance. (*Id.*)

Deux gommes du corps ciliaire, par LE MÊME. — L'absence de cellules géantes repproche ces deux cas des descriptions de condylomes. (*Id.*)

Usage de l'aimant Haab, par W. LANG. — LANG introduit par une plaie à la lance, une spatule reliée à l'aimant pour extraire le corps étranger resté dans la chambre postérieure. (*Id.*)

Uvéite. — Sous ce titre la section d'ophtalmologie du Congrès médical d'Amérique de 1902 réunit les communications de SCHWEINITZ, WOODS, FRŒDENNALD, HANSELL, WILDER, WOODRUFF, et MARPLE. — Il s'agit de la kératite ponctuée profonde à dépôt sur la membrane de Descemet, qui accompagne l'iritis ou la cyclite séreuse et surtout exsudative. Ces auteurs ont trouvé par un examen minutieux, dans presque tous les cas des lésions également exsudatives sur la choroïde, en avant ou en arrière de l'équateur et parfois sans participation de la portion ciliaire du tractus uvéal : on admet alors la migration à travers le vitré et le ligament suspenseur des éléments qui se déposent ensuite sur la face postérieure de la cornée et qui sont parfois seuls à révéler l'affection profonde.

Les différentes formes aiguës ou chroniques, récidivantes, primitives ou secondaires, avec glaucome ou hypertension, sont décrites en détail, avec des observations. Le traitement le plus généralement admis consiste en diaphorétiques ou « éliminants » variés : iodure de potassium ou de sodium, et surtout salicylate de soude à haute dose; de plus la pilocarpine en injection sous-cutanée. — Les injections sous-conjonctivales de sublimé ne sont pas encore utilisées depuis un temps suffisant. La sudation (bains chauds, bains turcs) est aussi très recommandée. Presque tous les auteurs ont recherché et admis une sorte d'insuffisance d'élimination générale et une action nocive des toxines accumulées, sur les éléments uvéens, voire même une élimination par le corps ciliaire lui-même.

Sarcome primaire de l'iris, par WOOD et PUSEY. — Les auteurs ajoutent plusieurs nouveaux cas et réunissent ainsi 91 cas. L'étude histologique est complète et n'offre rien de spécial. Wood et Pusey n'admettent pas l'épithète de sarcome circonscrit. Le siège en bas n'est pas le plus fréquent comme le veut LELLNEGER. Ils insistent sur le diagnostic avec le mélanome (simple et stationnaire), avec la gomme et le tubercule. L'origine dans les taches pigmentaires congénitales n'est pas absolue mais peu s'en faut. Le traitement par l'iridectomie dans le secteur atteint (FUCHS) ne suffit pas, puisqu'on ne peut savoir si la lésion ne s'étend pas plus loin. L'énucléation a été pratiquée dans 57 cas, et dans 41 l'examen a montré des lésions ailleurs que dans l'iris : un œil pour lequel le diagnostic de sarcome d'iris est posé doit être immédiatement énucléé. (*Archiv. of Opht.*, 1902.)

Sarcome épibulbaire primaire et tumeurs secondaires du limbe, de la sclérotique, de la choroïde du corps ciliaire et de l'iris, par VESHŒFF et LORING. — Les auteurs font à propos d'un cas une revue de la question et concluent que la malignité de la tumeur, entravée par la résistance de la sclérotique, peut rarement pénétrer dans le globe. L'excision est presque toujours suivie de rechute et souvent de métastase; l'énucléation doit être proposée au malade en lui exposant la gravité du pronostic. (*Archiv. of Opht.*, mars 1903.)

De la précision nécessaire dans l'examen de la vision, par KENNETH SCOTT (communication au congrès de Paris, déc. 1902). — L'auteur cite les méthodes ordinaires et avantageusement la rétinoscopie, « attribuée à CUIGNET »; il critique dans les nouveaux optotypes de LANDOLT, les positions obliques des « couloirs » et n'use que des positions horizontales ou verticales. (*Id.*)

Valeur du salicylate de soude à hautes doses dans les inflammations de l'œil, par GRADLE. — Cette méthode, déjà étudiée par GIFFORD, ne donne de succès qu'à des doses considérables (de 5 à 9 grammes par jour); naturellement des phénomènes inquiétants se produisent : prostration, bruissement d'oreilles... Néanmoins l'épisclérite, la scléro-kératite nodulaire, la kératite ponctuée superficielle sont très rapidement améliorées, l'effet est visible en quelques jours, et le traitement demande rarement plus d'une à deux semaines. Dans l'iritis, la cyclite : résultats nuls. (*Opht. Record*, février 1903.)

L'acide trichloracétique dans le traitement de l'ulcère infectieux de la cornée, par BULSON. — L'auteur recommande cet acide comme supérieur à l'acide phénique pur, à la cautérisation ignée, et plus efficace que le curettage. (*Id.*)

Etat gonococcique généralisé, avec cinq cas d'irido-choroïdite, par STEDMANN BULL. — La difficulté de la preuve de l'infection générale est évidemment plus grande quand il s'agit du tractus uvéal et non d'une articulation. Le diagnostic avec l'affection rhumatismale simple est basé sur l'évolution plus rapide mais moins plastique. Bull rappelle l'opinion de LEBER et d'autres auteurs sur la question. (*Id.*)

Dr A. BOUCHART.

REVUE
DES
JOURNAUX ESPAGNOLS ET HISPANO-AMÉRICAINS

Par le Dr A. BEAUVOIS

Archivos de Oftalmologia hispano-americanos.

Notes cliniques sur le trachome au Caire, par le Dr CAMPOS (février et mars 1903). — L'auteur qui a passé trois années au Caire nous donne ses observations sur le trachome. La première question qui se pose est celle de la contagion. Les auteurs sont partagés sur cet important sujet; les uns admettant la contagion par contact, les autres étant d'avis qu'il s'agit là d'une maladie endémique éclatant chez des individus d'un même pays exposés aux mêmes miasmes. Entre ces deux opinions, se place celle de certains auteurs qui admet que la conjonctivite granuleuse n'a rien de spécifique et peut succéder à n'importe quelle irritation des muqueuses.

L'auteur discute longuement l'opinion du Dr Germaix, d'Alger (Comm. à la Soc. d'opht. de Paris, 1902) qui dit que sans conjonctivite préexistante, il n'y a pas de granulation. Il cite le cas d'un jeune homme qui affirme avoir contracté le trachome en se servant d'un objet appartenant à un de ses amis atteint de cette maladie.

Contrairement à l'opinion courante, le Dr Campos a vu cette affection aussi souvent chez les adultes que chez les enfants. Il cite plusieurs cas de malades dont les yeux étaient indemnes de toute conjonctivite avant le trachome. En ce qui concerne l'identité du trachome et de la conjonctivite papillaire, l'auteur ne peut pas se prononcer. Il considère cette affection comme d'essence chronique et pouvant débuter par toutes les formes d'inflammation des conjonctives. Au point de vue du traitement il a obtenu de bons résultats de l'opération de Galezowski. Il se demande si la méthode sclérogène de Lannelongue ne serait pas employée utilement.

Contribution à l'étude de la dionine comme analgésique oculaire local, par le Dr MANUEL MARQUEZ (février et mars 1903). — Ce travail accompagné de 44 observations conclut en faveur du nouveau médicament. Les solutions employées furent généralement celles de 5 p. 100, de 2,50 p. 100 et parfois de 1 p. 100 en instillation par une ou deux gouttes. Dans tous les cas cités par l'auteur les douleurs ont cédé, là où les autres collyres n'avaient

produit aucun effet. Cette action est transitoire et purement symptômatique; dans quelques cas seulement, elle agit comme curative. Aussi convient-il de l'employer seulement comme analgésique et d'en suspendre l'emploi pour éviter l'accoutumance. L'auteur pense que son action s'exerce sur les terminaisons nerveuses qu'elle excite puis paralyse, mais elle agit aussi sur les vaisseaux en les dilatant. Il resterait à savoir si son action se produit directement sur les vaisseaux ou par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur. L'analgésie, pour le Dr Marquez, s'explique principalement par une dérivation énergique non inflammatoire produite par le tissu sous-conjonctival et les liquides intra-oculaires.

Yeux artificiels plastiques; nouvelle classe d'yeux artificiels du Dr Fukala (mars 1903). — L'auteur décrit une nouvelle espèce d'yeux artificiels qui éviteraient l'enophtalmie et rendraient de grands services aux malades.

Annales d'Ophtalmologie de Mexico.

Dacryoadenocèle traumatique, par le Dr J. Ramos (février 1903). — L'observation du Dr Ramos est très intéressante. Il s'agit d'un enfant blessé au niveau du sillon orbito-palpébral de l'œil gauche. La blessure paraissait si sérieuse que pour faire une antisepsie rigoureuse notre confrère endormit l'enfant. Parmi les tissus saignants et les lobes graisseux qui sortaient par la plaie assez large il trouva la glande lacrymale herniée. Après un nettoyage très soigneux de la glande il la réduisit et l'enfant guérit sans aucune complication. L'œil était resté indemne, et la faculté visuelle normale.

Infiltrations cornéennes dans le cours de la péri-kérato-conjonctivite exubérante (catarrhe printanier), par le Dr José de Gonzalez (mars 1903). — L'auteur après avoir signalé la rareté au Mexique de cette affection (12 cas sur 2,500 maladies des yeux) décrit deux cas ou la péri-kérato-conjonctivite fut accompagnée d'infiltrations cornéennes. Chez un des malades, la lésion présentait l'aspect du gérotoxon sénile, à la coloration près.

Dans le second cas, les lésions furent beaucoup plus graves; l'infiltration cornéenne aboutit à une perte de substance assez notable. Rapprochant ce cas clinique des recherches histologiques des docteurs Toussaint et Cicéro sur la péri-kérato-conjonctivite, l'auteur en conclut que dans la région cornéenne infiltrée, il y a prolifération cellulaire et que les cellules s'infiltrent entre les lames de

la cornée pour détruire la membrane de Bowmann et l'épithélium cornéen.

Au point de vue thérapeutique le Dr J. de Gonzalez a employé avec succès la solution à 1 p. 100 de chlorhydrate d'adrénaline.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Tuberculose intra-oculaire chez l'enfant, par EMANUEL. — Certaines formes de tuberculose du fond de l'œil offrent de grandes difficultés de diagnostic avec les tumeurs autres de la choroïde et de la rétine et peuvent parfois donner lieu aux erreurs, les plus pardonnables d'ailleurs. Emanuel relate trois observations de cette nature relevées chez des enfants.

Dans la première, il s'agit d'un néoplasme tuberculeux, constaté chez un garçon de 5 ans, large de 11 à 12 millimètres, développé dans la partie postérieure de la choroïde, compliqué de décollement de la rétine, avec conservation de la transparence des milieux de l'œil : on porta le diagnostic de gliome. La seconde a trait à un enfant de 10 ans, présentant au niveau du pôle postérieur du globe oculaire une tumeur irrégulière, à contours mal définis, avec milieux également transparents, et dont le diagnostic fut laissé complètement en suspens. Or, l'énucléation étant devevue nécessaire, on put se rendre compte qu'il s'agissait d'un noyau tuberculeux développé dans l'épaisseur de la sclérotique, et faisant saillie en avant. Quant à la troisième, elle se rapporte à un enfant de 6 ans, dont l'œil devint rouge, douloureux, et s'enflamma à la suite d'une chute. Ectasie de la sclérotique en plusieurs points; réseau vasculaire du champ pupillaire à la surface du cristallin; masse assez claire et très visible immédiatement en arrière de ce dernier, à l'intérieur du corps vitré. On croit encore à un gliome. Or, il s'agissait, cette fois aussi, d'une infiltration tuberculeuse diffuse de la choroïde et de la rétine, au voisinage du nerf optique.

Pour ce qui est du diagnostic différentiel à établir, Emanuel reconnaît qu'il est des plus difficiles dans presque tous les cas; attendu que : 1° la multiplicité des foyers néoplasiques, qu'on regarde comme plaidant plutôt en faveur de la tuberculose, est loin d'être constante; elle peut, du reste, parfaitement se rencontrer également dans le développement des gliomes. Par contre elle serait tout à fait exceptionnelle dans le sarcome; 2° pour ce qui est de l'inflammation générale du globe de l'œil, en cas de

tuberculose, elle est loin, aussi, d'être un symptôme certain; la meilleure preuve en est qu'elle faisait défaut dans deux des trois cas de notre confrère. Quant à l'hypotomie, elle manquait également dans les trois observations rapportées précédemment. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, octobre 1902.)

Dr A. YVERT.

Lésions du fond de l'œil dans la syphilis héréditaire, par SIDLER-HUGUENIN. — Dans ce travail, extrêmement complet et important, basé sur 125 observations nouvelles, les lésions ophtalmoscopiques du fond de l'œil présentent une variété infinie, mais peuvent, toutefois, être ramenées aux quatre types principaux et fondamentaux suivants : 1° un semis de petites taches jaune-rougeâtre ou jaunes avec un pointillé de taches pigmentaires; 2° des taches jaune-rougeâtre ou jaunes comme les précédentes, entremêlées de nombreuses taches pigmentaires; 3° des taches jaune-rougeâtre qui deviennent de plus en plus claires et quelquefois se pigmentent; 4° la pigmentation générale du fond de l'œil est augmentée en arrière, diminuée en avant, et, sur ce fond, sont disséminées des taches pigmentaires de formes très variées. Ces différents types peuvent parfois se trouver associés; et un petit nombre seulement présentait le cadre pigmentaire de notre distingué confrère M. le professeur Antonelli, autour de la papille. L'auteur va même jusqu'à contester que ce dernier symptôme soit bien réellement un signe pathognomonique de syphilis héréditaire.

Or, sur ces 125 cas, Sidler Huguenin a noté : la kératite interstitielle diffuse 74 fois; les lésions dentaires d'Hutchinson 55 fois; des troubles de l'ouïe 20 fois; la triade d'Hutchinson 11 fois, du nystagmus 13 fois; du strabisme 18 fois; la diminution ou l'absence des réflexes pupillaires 15 fois; mêmes modifications des réflexes patellaires 13 fois. De plus, 41 de ces malades étaient rachitiques, 38 scrofuleux et 3 tuberculeux.

Comme traitement, l'association des toniques et des reconstituants à la médication spécifique paraît absolument indispensable à l'auteur de cet intéressant mémoire. (*Beiträge zur Augenheilkunde*, 1902, n° 51.) — Dr A. YVERT.

Etat actuel de la méthode opératoire du ptosis par la suppléance du muscle droit supérieur, par le Prof. MOTAIS (d'Angers). — Dans une remarquable communication à l'Académie de médecine, notre savant confrère revient, en détails, sur la méthode qu'il a décrite pour la première fois au Congrès de la Société française d'ophtalmologie en 1897; apportant à l'appui de son procédé les résultats de toutes les opérations pratiquées depuis par les spécialistes de tous pays.

Après quelques considérations anatomiques et physiologiques extrêmement importantes, qui mettent les choses exactement au point, et facilitent absolument la compréhension parfaite de la description qui va suivre, M. Motais passe à l'étude de la technique opératoire. Il donne tout d'abord, la liste des instruments indispensables; puis les six temps de l'opération sont exposés avec une netteté et une précision, qui, combinées aux figures jointes au texte, donnent une idée complète des moindres minuties. Nous ne saurions trop conseiller à tous ceux de nos lecteurs, que cette question intéresse plus spécialement, de se reporter à l'original même, publié *in extenso* dans le n° 12 des *Bulletins* de l'Académie; d'autant plus que cette description n'admet pas et ne comporte pas de compte rendu, ni de résumé possible. La seule remarque que nous croyons devoir faire à ce propos, et à laquelle l'auteur attache une très grande importance, a trait au pansement appliqué après l'opération : il faut toujours avoir bien soin d'abaisser avec le doigt la paupière supérieure jusqu'au contact de la paupière inférieure et de la maintenir dans cette position par une bandelette de collodion agglutinant les deux paupières. Après quoi, on applique un pansement occlusif *des deux yeux*, assez serré et très exactement adapté pendant huit jours au moins. L'anse de fil, qui retient la bandelette du droit supérieur, ne doit jamais être retiré avant cette limite.

Immédiatement après l'opération, le bord ciliaire se renverse toujours légèrement en dedans; mais cet entropion est purement passager et absolument inoffensif.

Quant au strabisme vertical, caractérisé par un abaissement de la cornée variant de 1/2 à 1 millimètre, il est, lui aussi, insignifiant et passerait, même, le plus souvent, à peu près inaperçu, n'était la diplopie qui l'accompagne. Or, il s'agit là encore d'un inconvénient tout à fait provisoire, et dont la disparition survient constamment dans un délai de quinze jours à cinq mois au maximum.

L'ulcère de la cornée, noté 5 fois sur 32 opérations, soit environ 15 p. 100, est un accident à l'abri duquel on se mettra sûrement en observant les précautions suivantes :

1° Se servir de soie très fine, ou mieux de soie floche; pour la suture tarsienne, on remplace celle-ci par une suture cutanée;

2° Abaisser la paupière avec le doigt jusqu'au contact du bord palpébral inférieur, et la maintenir dans cette position par une bandelette collodionnée (collodion non riciné) agglutinant les deux paupières;

3° Immobiliser complètement *les deux yeux* par un bandeau occlusif suffisamment serré pendant huit jours.

On a bien reproché aussi à ce procédé la fermeture incomplète de la fente palpébrale. Or, dans les cas même les plus défavorables sous ce rapport, les paupières restaient à peine entr'ouvertes d'un millimètre, et toujours pendant le sommeil, la cornée tout entière était à couvert.

Enfin, M. Motais croit être arrivé à pouvoir régler parfaitement la graduation de l'effet opératoire et donne, à ce sujet, les conseils suivants :

Dans les ptosis parétiques (de 4 à 5 millimètres), placer la suture à 2 millimètres du bord supérieur du tarse renversé ou à 8 millimètres du bord ciliaire.

Dans les ptosis moyens (de 5 à 7 millimètres), placer la suture à 4 ou 5 millimètres du bord supérieur du tarse renversé, ou à 5 ou 6 millimètres du bord ciliaire.

Dans les ptosis complets (de 7 à 10 millimètres), placer la suture à 7 ou 8 millimètres du bord supérieur du tarse renversé ou à 2 ou 3 millimètres du bord ciliaire.

Pour ce qui est, en terminant, des indications de l'opération du ptosis par la suppléance du muscle droit supérieur, elles se résument en ces quelques mots : intégrité fonctionnelle de ce muscle, quelle que soit d'ailleurs l'origine congénitale ou acquise du ptosis.

Dans ces conditions, et avec la simple précaution de s'astreindre à tous ces détails opératoires, on peut être certain d'un succès complet. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 24 mars 1903.)

Dr A. YVERT.

Traumatisme cranien. — Epilepsie jacksonnienne. — Œdème papillaire. — Ponction lombaire. — Guérison définitive à la suite du traitement mercuriel, par le Dr SABRAZÈS. — Dans ce cas, extrêmement intéressant, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, observée à la clinique de M. le professeur Pitres de Bordeaux, et dont l'examen du fond de l'œil a été pratiqué par M. le professeur Badal lui-même ; à l'âge de 7 ans, elle avait fait une chute de la hauteur d'un second étage, qui avait déterminé un enfoncement profond de l'occipital, avec céphalées fréquentes et parfois petites pertes de connaissance. A 12 ans, sans autre raison apparente, première attaque d'épilepsie jacksonnienne, avec début au côté gauche de la face, puis extension aux membres du même côté. Un an après, deuxième attaque analogue à la précédente. A l'âge de 15 ans, à la suite d'une violente émotion, réapparition des accès ; quatre attaques en l'espace d'un an, toujours localisées à gauche et toutes à aura faciale. Parfois même, attaques de délire et d'hallucinations. En octobre 1902, elle entre

dans le service de M. le professeur Pitres. C'était alors une fillette petite, chétive et pâle, se plaignant de maux de tête continuels, et portant comme trace de son ancien traumatisme cranien, une dépression en coups de hache de l'occipital, au niveau de la suture lambdoïde.

Pas de paralysies externes du globe de l'œil; mais les pupilles étaient dilatées, paresseuses à la lumière et surtout à l'accommodation. Vision presque complètement perdue : la malade distinguait mal les objets et les personnes autour d'elle; elle ne pouvait ni lire ni coudre. L'acuité visuelle était de 5/8 à droite, de 5/12 à gauche; hémianopsie latérale homonyme droite; névrite optique double, avec œdème considérable des papilles.

C'est alors que fut pratiquée une ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien s'écoula clair, limpide, sous une pression relativement élevée; écoulement de 30 centimètres cubes. Les jours suivants, retour progressif de l'acuité visuelle; la malade put bientôt lire un texte de journal placé au pied de son lit; en même temps, diminution des céphalées, disparition de la mydriase, retour normal des réflexes pupillaires.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien montra l'existence d'une lymphocytose manifeste, qui fit aussitôt songer à la possibilité d'accidents cérébraux d'origine syphilitique. Dix jours après la ponction lombaire, traitement spécifique, consistant vingt jours durant, en une injection intra-musculaire d'huile biodurée gaïacolée. Véritable transformation; disparition complète des troubles visuels et des céphalées, ainsi que des accès jacksonniens, convulsifs et psychiques. Sortie de l'hôpital vers le 10 janvier 1903, en état de santé parfaite. Revenue se présenter quelques semaines plus tard, on note la continuation de cette amélioration remarquable et la disparition complète de tout œdème papillaire, constaté cette fois encore par M. le professeur Badal; acuité visuelle égale à 1 ; seule, l'hémianopsie latérale homonyme persiste.

Or, le premier point à retenir de cette curieuse observation est : l'amélioration immédiate des troubles visuels et leur regression consécutive à la suite d'une simple ponction lombaire; d'autant plus qu'il ne s'agit pas là d'un fait isolé et purement accidentel, mais d'une constatation déjà parfaitement enregistrée à différentes reprises, après une intervention d'un même genre.

Une seconde remarque, digne de fixer l'attention, est la découverte de cette lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, qui, faisant aussitôt abandonner l'idée de lésion traumatique, fit songer à des accidents spécifiques, et recourir, sans plus tarder, au traitement antisyphilitique intense. Bien que, comme le fait observer

M. Sabrazès, lui-même, on puisse soulever bien des doutes à ce propos, et ne pas rester absolument convaincu de l'existence de cette infection générale, maintenant plus que jamais, depuis que les derniers et si intéressants travaux de notre excellent confrère et ami, M. le professeur Grasset de Montpellier, viennent de prouver, avec la dernière évidence, qu'il n'y a pas qu'en cas d'accidents syphilitiques, que le traitement mercuriel donne des résultats, parfois vraiment surprenants.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que cette observation méritait, sous tous les rapports, de retenir quelque peu notre attention. (*Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, février 1903.)

Dr A. YVERT.

Diagnostic des paralysies des muscles de l'œil, par F. TERRIEN. — Article extrêmement intéressant, d'une concision, d'une précision telles que tous les mots portent, ce qui fait que nous ne saurions trop en recommander la lecture à tous ceux de nos confrères qui désireront en apprécier les détails. D'autant plus que les vingt figures schématiques, qui en complètent la description, permettent de se rendre compte, d'un simple coup d'œil, des différentes variétés de paralysies des muscles de l'œil auxquelles on peut avoir affaire dans la pratique courante de l'ophtalmologie.

Dans un premier paragraphe, notre distingué confrère rappelle que les six muscles extrinsèques de l'œil sont répartis en trois paires respectivement antagonistes : abducteur et adducteur, droits externe et interne; élévateurs droit supérieur et petit oblique; et abaisseurs droit inférieur et grand oblique; et que en ne tenant compte que des mouvements d'abduction et d'adduction, ils peuvent même être divisés plus simplement encore en deux groupes. *Trois sont adducteurs :* le droit interne, le droit supérieur et le droit inférieur. Les *trois autres sont abducteurs :* le droit externe, le petit oblique et le grand oblique.

Au point de vue du diagnostic de la paralysie, il établit et pose les deux règles suivantes, qui ne subissent aucune exception :

1° *Toute diplopie homonyme résulte de la paralysie d'un abducteur; toute diplopie croisée de la paralysie d'un adducteur.*

2° *L'image est toujours déviée du côté où agit le muscle paralysé.*

L'obliquité et la direction des images sont ensuite l'objet d'une étude toute particulière et indiquées par des traits qui rendent, pour ainsi dire, toute autre explication inutile. Chaque cas est, tout d'abord, représenté isolément; et finalement, M. Terrien nous montre groupé, en deux figures, une pour l'œil droit, l'autre

pour l'œil gauche, l'ensemble de tous les symptômes des paralysies en question. En somme, excellent travail, qui fait le plus grand honneur à son auteur. (*Presse médicale*, 8 avril 1903.)

Dr A. YVERT.

Amnésie antérograde continue de fixation et de conservation. Topoagnosie sans troubles visuels, par ERNEST DUPRÉ. — Malade de 53 ans, ancien grand buveur et fumeur, sans autre lésion saisissable que de la tuberculose localisée au sommet droit, entré dans le service pour des troubles cérébraux qui ont brusquement débuté sans ictus, il y a trois ans, à l'occasion d'un grand chagrin. Ces troubles consistent dans une impossibilité absolue de fixer les images sensorielles, de les retenir, et, par suite, de les utiliser en les associant dans les opérations psychiques, aux images mnémoniques du passé, qui sont conservées. Toutes les images sont perçues, comprises et jugées ; aucune ne persiste.

Le déficit est purement mnésique, nullement intellectuel ; le malade raisonne correctement sur tout et a gardé intacte la mémoire de tout son passé jusqu'à il y a trois ans.

Incapacité d'orientation topographique absolue. Habitant chez sa fille depuis six mois, le malade est incapable de se diriger dans les trois pièces de l'appartement ; il s'y perd, ne peut retrouver son lit, etc.

Le seul autre trouble psychique constaté est l'apparition, à l'occasion de l'examen, de la conversation, de manifestations extérieures (tremblement, accélération des mouvements cardio-respiratoires, troubles vaso-moteurs) d'une émotion que ne ressent d'ailleurs pas le malade : il s'agit là d'un trouble psycho-réflexe de la mimique émotive et non de l'émotivité elle-même ; le malade s'étonne lui-même de ces troubles, auxquels il assiste sans les expliquer.

Comme troubles somatiques : caractère incertain vaguement ébrieux de la marche. Légère exagération des réflexes tendineux. Céphalée diffuse continue. A la ponction lombaire, lymphocytose discrète (6 à 7 éléments par champ).

Aucun trouble visuel ni pupillaire : légère neuro-papillite à l'ophtalmoscope.

Pas de stigmate hystérique.

L'intérêt majeur de ce cas gît dans la difficulté de l'interprétation du syndrome. Celui-ci se résume dans une amnésie continue de fixation et de conservation, dont la topoagnosie n'est qu'un corollaire. Ce syndrome a déjà été constaté (Hugo Magnus, Forster, Dide) chez les occipitaux organiques d'hémianopsie tem-

porale double. Mais ce malade ne présente de cécité ni corticale, ni verbale, ni psychique. L'amnésie s'étend d'ailleurs à toutes les images sensorielles.

L'analyse étiologique et clinique, le cyto-diagnostic céphalo-rachidien autorisent à supposer l'existence de méningite chronique. C'est la seule donnée positive que l'on puisse invoquer, comme substratum psycho-pathologique si curieux et si spécial. (Société de neurologie, 2 avril 1902, in *Presse médicale*, 15 avril.)

Les altérations des vaisseaux de la rétine dans l'artério-sclérose, par HERTEL. — Ces recherches ont eu pour but de montrer par l'examen anatomique de quelle façon et dans quelle mesure les vaisseaux de la rétine participent de la sclérose générale, et de voir si, même dans des yeux avec bonne vision, on trouve des altérations anatomiques qui en augmentant peuvent donner lieu à des troubles de circulation. L'examen a porté sur douze yeux d'individus angiosclérotiques avec bonne vision. Les résultats peuvent se grouper en : 1° des altérations séniles constantes de tous les vaisseaux : élargissement de leur calibre, élargissement des parois, augmentation des éléments élastiques; et 2° des altérations isolées de divers degrés, surtout des veines, plus rarement des artères, sous forme de processus inflammatoires avec augmentation des éléments élastiques; dans d'autres cas, néoformations de tissu élastique dans l'intima des artères et dans la médiane des veines. Par conséquent, l'angiosclérose serait une prolifération de tissu par suite d'inflammation chronique (*Köster*), et ces altérations pourront à la longue amener des troubles de circulation ou les faciliter en cas de faiblesse cardiaque.

Méningite cérébro-spinale traitée par les ponctions lombaires répétées, par A. MOUSSOUS et CH. ROCAZ (*Discussion*).

M. BRINDEL demande si l'on a fait la culture des microbes anaérobies et si l'on a examiné les oreilles au moment de la fièvre; les accidents méningitiques peuvent reconnaître pour cause une otite moyenne non suppurée.

M. J. VERGELY approuve M. Rocaz d'avoir insisté sur l'inconstance du signe de Kernig; il signale le cas d'une enfant l'ayant présenté dans le cours d'une méningite cérébro-spinale, et chez laquelle il n'a pas été possible de le retrouver quelque temps après pendant une récidive.

M. CABANNES demande si l'examen des yeux a été fait après la guérison; on voit, en effet, des cas de prétendues méningites guéries laisser des lésions oculaires très avancées : névrite optique, avec atrophie partielle et quelquefois totale du nerf.

M. VERGER. — Le signe de Kernig perd tous les jours de sa valeur comme symptôme pathognomonique; on trouve de plus en plus des cas de méningite cérébro-spinale dans lesquels il n'existe pas; et, par contre, on le rencontre dans d'autres affections : méningisme hystérique, hémiplégie, sciatique.

M. CASSAËT. — Si l'on a retrouvé le signe de Kernig dans d'autres affections, c'est à titre exceptionnel; il possède une grande valeur dans le diagnostic de la méningite cérébro-spinale, car il s'y rencontre 95 fois sur 100. Il faut le rechercher durant toute la durée de la maladie; il peut, en effet, être transitoire, mais il peut disparaître avec la sensibilité; il existe toujours dans les périodes de douleurs. Les observations faites au sujet de l'examen des yeux, du nez et des oreilles sont très judicieuses; l'histoire de la malade et la courbe de température montrent qu'il y a eu trois reprises d'infection; or puisque le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de microbes, c'est peut-être qu'ils étaient ailleurs, en dehors des méninges, dans l'oreille ou le nez par exemple. Il est bon d'ajouter que l'examen négatif du liquide ne prouve pas nécessairement qu'il n'y a pas de microbes; peut-être étaient-ils dans le réticulum fibrineux (*Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, 8 février 1903, n° 6, p. 65).

Volumineux angiome de l'orbite et de la paupière guéri par l'électrolyse, par FROMAGET et DEBÉDAT. — La fillette que nous vous présentons est âgée de 2 ans et demi. Elle est venue nous consulter le 5 novembre 1898 pour une tumeur volumineuse de la paupière supérieure droite.

A sa naissance, l'enfant ne présentait rien de bien particulier; mais, au bout d'un mois, les parents virent grossir une tumeur violacée qui envahissait peu à peu la paupière. Ils conduisent l'enfant à l'hôpital Saint-André, où on leur dit qu'il s'agissait d'un angiome peu volumineux et qu'il n'y avait qu'à attendre que l'enfant fût plus vieille et la tumeur plus considérable. Cette tumeur, grosse comme une noisette, prit tout à coup des proportions énormes; effrayés, les parents virent leur médecin, le Dr Allez (de Préhac), qui nous envoya l'enfant.

A ce moment-là la tumeur était grosse comme une châtaigne, repoussait le globe en bas et en dedans et le recouvrait presque complètement. De coloration bleuâtre, occupant les parties profondes de la paupière, elle est réductible, augmente de volume sous l'influence des cris, communique largement et profondément avec l'orbite.

L'angiome a envahi le cul-de-sac conjonctival supérieur et jusque dans la commissure externe, on trouve une petite tumeur

grosse comme un gros pois, petit angiome caverneux communiquant avec la cavité principale.

Sur la peau, aucun nævus n'est dessiné.

En raison de la marche rapide de cet angiome, de l'âge de l'enfant et surtout de la gravité d'une opération chirurgicale, peut-être impossible et sûrement dangereuse et inutile, je priai mon excellent ami Debédat de traiter le néoplasme par l'électrolyse. Rarement, un angiome nécessita plus de soins. Le traitement est institué le 5 novembre 1898 et finit le 30 octobre 1899; il y a donc un an.

La tumeur a été électrolysée à dix reprises, à un mois environ d'intervalle et chaque fois suivant la méthode monopolaire.

Le pôle positif agit seul par une aiguille électrode en platine iridié, isolée au vernis sur une longueur convenable, de façon à ne point électrolyser le point de pénétration; le pôle négatif est relié à une plaque indifférente.

L'intensité et le temps ont été proportionnés au volume de la tumeur et à la rapidité de la circulation : 25 à 30 milliampères pendant trois ou quatre minutes.

Il ne s'est produit aucun trouble nerveux pendant le passage du courant.

A partir du mois de janvier, l'angiome a diminué peu à peu de volume et depuis six mois toute tumeur a disparu.

Actuellement, l'œil a repris sa place normale et, malgré les cris de l'enfant, on n'observe rien d'anormal.

Cette observation, en dehors de sa rareté, montre l'excellence de l'électrolyse dans les angiomes de la paupière et de l'orbite et la supériorité de la méthode sur le traitement chirurgical (Société de médecine de Bordeaux, 16 novembre 1900.)

Sympathectomie pour glaucome, par WEEKS. — La vision a augmentée aussitôt, de 5/200 à 12/200 ; l'opération fut difficile, ce que GRUENING attribue à une incision trop courte (2 pouces). (*Société de Médecine de New-York, Section d'Ophtalmologie.*)

Sarcome cornéo-scléral, mélanique (de 9 millimètres verticalement), par GRUENING. — D'autres points rouges sur le reste de la conjonctive pigmentée d'une façon diffuse. Après rescisions pratiquées autrefois, l'auteur dut énucléer, puis, en présence d'une récidive exciser un leuco-sarcome dans la cicatrice, et plus tard encore cureter l'orbite, en enlevant les deux tarses ; pas de rechute depuis huit mois. WECKS a vu le néoplasme atteindre les ganglions pré-auriculaires. (*Id.*)

Le traitement du trachome, longuement discuté (19 janvier 1903), est surtout pratiqué à l'aide de scarifications, de pression à la pince de Knapp (de Noyes, ou de Prince), et de lavages (form. 1/2000e). (*Id.*)

Panophthalmie (sans plaie perforante) à micrococcus lancéolatus, par WEEKS. — Une contusion avait localisé l'infection dont le point de départ reste ignoré. (*Id.*)

Conjonctivite pétrifiante, par POSEY. — Les dépôts des conjonctives palpébrales étaient constitués de carbonate et phosphate de chaux, comme dans le cas de LIEBER. (*Société de Médecine de Philadelphie, Section d'ophtalmologie.*)

Cécité monoculaire post-traumatique, par SAYLOR. — Une forte contusion de la tête avec plaie, et dans l'autre cas une balle d'arme à feu ; dans les deux cas, léger retour de la vision : ce dernier fait amène les confrères, qui discutent ensuite à ne pas admettre la cécité par fracture du foramen optiscum, mais par une hémorragie, résorbée plus tard. (*Id.*)

DE SCHWEMITZ appelle l'attention sur la grande valeur diagnostique du rétrécissement visuel des hystériques, *à champ visuel tubulaire* (décrit par R. GREEF.) (*Id.*)

Retard de cicatrisation après iridectomie pour glaucome, par RISLEY. — Sans infection, la plaie resta plus de deux semaines sans se fermer. Finalement la chambre antérieure disparut et ne se reforma plus. (*Id.*)

Un cas de neuro-rétinite syphilitique, par CARPENTER. — Cas de diagnostic difficile, la spécificité étant ignorée, et la lésion simulant la rétinite albuminurique chez un sujet brightique ; néanmoins le traitement spécifique amena la guérison. (*Id.*)

Gommes des deux orbites, diagnostiquées par exclusion, et traitées avec succès, par FR. FISHER. — ZENTMAYER, en présence du peu d'induration résiduale et de la localisation interne, admet une origine ethmoïdienne. Le succès ne vint qu'après dix semaines, ce qui allonge la période ordinaire d'attente qui est de six semaines. CH. OLIVER, rappelle un cas, de glio-sarcome, où le diagnostic de sinusite ethmoïdale fut d'abord porté ; il dut pratiquer l'excision, puis l'énucléation, puis le curettage de l'orbite. FISHER pense que, l'examen par GOLDLEY ayant montré un sarcome, à petites cellules rondes de l'orbite avec début de gliome rétinien, il y a à craindre l'envahissement du second œil. (*Société de l'Hôpital ophtalmique de Will*, N. Y.)

Major GARR : **Lésions de la macula après contusion de l'œil,** sous forme de dépôt pigmentaire, entre la papille et la tache jaune, et plaque d'atrophie choroïdienne.

FISHER. **Dilatations anévrysmales des artères rétiniennes.** — La malade âgée de 13 ans, rhumatisante, avec lésions cardiaque, présente des hémorragies rétiniennes récentes et les lésions paraissent continuer à évoluer.

MORTON et PARSONS. **Formations glandulaires (ou nodulaires, hyalines) du disque optique.** — Leur origine serait exsudative, et ces formations envahies par les ostéoplastes de la choroïde, se stratifient en devenant calcaires ou osseuses.

WERNER. **Deux cas de tumeur du nerf optique,** dont une opérée selon Kronlein, avec conservation du globe.

Tumeur cérébrale ; marche latente ; mort subite, par CHAIGNEAU. — L'auteur présente à la société le cerveau d'un malade mort dans le service de M. le professeur Pitres le 18 janvier dernier.

Antoine H... entre à l'hôpital le 15 janvier souffrant de la tête. Son père et sa mère sont bien portants.

Il travaillait assis dans une chaise lorsqu'en se relevant brusquement il heurta une poutre du front. Le coup fut violent et il resta étourdi quelques instants. La nuit suivante, après le premier sommeil, vers minuit, il se réveille, éprouvant des douleurs de tête qui lui arrachent des cris. La crise dure deux heures, puis il se rendort. Le lendemain il reprend son travail. Les crises reviennent toutes les nuits pendant quelque temps, puis apparaissent le jour, l'obligeant à interrompre son travail. Il se décide à entrer à l'hôpital.

C'est un homme très vigoureux, parlant lentement, mais sans troubles de l'articulation. Ses réponses sont parfois incertaines.

Il ne présente aucune déformation du visage. Pas d'écoulement purulent des oreilles. Pas de raideur de la nuque. Pas de douleur locale à la percussion du crâne ; la pression dans la région temporale droite paraît un peu sensible.

Pas de vomissements. Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité générale.

Les réflexes achilléen, rotulien et plantaire des deux côtés sont abolis.

Les pupilles sont inégales, la gauche plus grande que la droite ; elles sont sensibles à la lumière, à l'accommodation. L'examen

ophtalmoscopique révèle l'existence d'une névrite étranglée des deux côtés.

Dans la journée du 16, l'état du malade s'aggrave, la céphalée est devenu constante et lui arrache des plaintes.

Le 17, on lui fait une ponction lombaire. Il ne s'écoule que quelques gouttes de liquide. L'examen cytologique ne révèle rien de particulier.

Dans la nuit du 17, le malade veut se lever, il tombe à la renverse. On le met au lit et il s'endort. Le 18 au matin, il est dans un demi-coma; son pouls bat à 54. Il porte la main à sa tête, ne répond plus quand on lui parle.

Vers midi, il a une crise épileptiforme sans mouvements des membres. La tête est attirée à gauche, ses yeux roulent dans l'orbite. Il a une miction involontaire. Il mâchonne et une écume sanglante lui vient à la bouche. Il tombe dans le coma, et vers le soir meurt.

A l'autopsie, on ne remarque rien de particulier d'abord du côté de la dure-mère ni de la base du crâne. La pie-mère est peut-être un peu congestionnée sur le lobe sphénoïdal droit.

De la scissure de Sylvius s'échappe une tumeur composée de deux parties bien distinctes.

L'une kystique, composée de trois kystes assez volumineux contenant un liquide clair, d'apparence séreuse, à paroi fine, transparente.

L'autre bosselée, solide, à peu près cylindrique, servant de pédicule à la première et fixée au niveau de la limite de l'insula de la deuxième frontale et du lobe orbitaire.

La portion kystique s'enfonçait dans la partie antérieure du lobe temporal où elle s'était creusé une loge large et profonde.

C'est en écartant les lèvres de la scissure de Sylvius qu'on fit s'échapper les trois kystes de leur loge.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un gliome, qui ne s'est révélé qu'à l'occasion d'un traumatisme cranien; enfin parce que cette tumeur ne s'est cliniquement manifestée que par une céphalée intense et croissante, et par des troubles de la vision.

La tumeur s'était développée dans le sens antéro-postérieur. Les kystes avaient pénétré dans le lobe temporal et s'y étaient creusé une loge.

Les méninges ont été perforées de dehors en dedans et non déprimées (Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux, séance du 9 mars 1903; in *Journ. de Méd. de Bordeaux*).

Le Gérant : FÉLIX ALCAN.

6227. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — MOTTEROZ, dir.

IRIDO-CHOROÏDITE AVEC NÉVRITE OPTIQUE ET PANOPHTALMIE

DANS

UNE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE GONOCOCCIQUE

PAR

Le Docteur GALEZOWSKI

(*Avec une planche hors texte*).

Une altération de nutrition oculaire peut se traduire très rapidement par une iritis ou irido-choroïdite grave avec des signes de méningite latente, compliquée de symptômes de fièvre qui, à elle seule, est le révélateur de l'affection du système lymphatique.

Différentes altérations oculaires peuvent se présenter dans une méningite cérébro-spinale.

A. — Exophtalmie et méningite.

Un malade, atteint d'une pneumonie, d'une bronchite ou pleurésie grippale, est pris dans le courant de son évolution d'une maladie inflammatoire oculaire, en apparence bénigne, lorsque au bout de quelques jours de l'évolution du mal, on s'aperçoit qu'il y a une complication, infection, inflammation d'un côté de la cavité orbitaire avec gonflement du tissu cellulaire sous-capsulaire et une infiltration péricornéenne avec troubles de la cornée elle-même.

Les accidents méningitiques cérébro-spinaux sont à craindre, et il faut immédiatement rechercher les signes de Kernig.

Le signe de Kernig est caractérisé, comme on sait, par l'impossibilité absolue d'obtenir l'extension complète de la jambe sur la cuisse au niveau de l'articulation du genou, le malade étant assis, et la cuisse étant fléchie à angle droit sur le tronc. Mais ce signe, quoique pathognomonique des

méningites, n'est pas absolu et il n'existe pas au début de la maladie.

L'examen ophtalmologique montrera, dans ces cas, la périnévrite optique, de même qu'on trouvera une immobilité et une dilatation pupillaires. L'œil deviendra douloureux et sensible au toucher. Il faut faire, s'il y a lieu, une ponction lombaire. Il y aura une iritis avec hypopyon. La méningite, donnant lieu à la sortie de liquide à pneumocoques ou à streptocoques, peut être souvent à craindre.

Le fait suivant présente des signes très caractéristiques de cette maladie, tel que nous avons pu recueillir dans notre clientèle.

Observation I.

Panophtalmie avec méningite. — Mlle A. S..., âgée de 28 ans, demeurant aux environs de Paris, est prise subitement, le 9 novembre 1901, d'une panophtalmie grave du côté gauche avec névralgie périorbitaire et iritis. Des accidents méningitiques apparaissent en même temps, qui obligent les parents à la soumettre au traitement énergique anti-méningitique, et notamment à l'application des sangsues derrière les oreilles, l'instillation du collyre de scopolanime et l'emploi répété de quinine et d'aspirine.

Appelé en consultation auprès de la malade, le 15 novembre, je constate une irido-choroïdite avec chémosis séreux. Le fond de l'œil accuse des signes de névro-rétinite monoculaire. C'était pour moi les signes non douteux d'une méningite cérébro-spinale, ce qui nous décida de soumettre la malade au traitement par des dérivatifs répétés à la nuque et le long de la colonne vertébrale, et aux fortes doses de quinine.

La malade suivait le traitement que j'avais recommandé; bien plus, le médecin de la famille soumit la malade aux ponctions lombaires, deux fois, dans l'espace de quinze jours.

Ce traitement a amené un soulagement très rapide, la fièvre tomba, les forces revinrent et la buphtalmie de l'œil gauche diminua promptement. La vue de l'œil droit s'est amélio-

rée notablement, quoique la papille resta un peu diminuée de vascularisation; à l'œil gauche elle était restée sensiblement plus blanche, les contours étant diffus. Néanmoins, la vue est revenue à tel point, que de l'œil gauche la malade pouvait lire les caractères n° 5 de l'échelle. Le champ visuel se trouva partant rétréci dans le tiers inféro-externe.

Le 3 février 1902, la malade est revenue me voir et j'ai pu constater un rétablissement complet de la santé générale et l'acuité visuelle de l'œil droit est V 3/4 et de l'œil gauche elle est réduite à V 1/5.

B. — Névro-rétinite méningitique avec paralysie de la 6e paire.

La *névro-rétinite* peut quelquefois être accompagnée d'autres lésions, non moins graves que celles que je viens de décrire dans l'observation précédente; elle sera aussi le résultat d'une méningo-encéphalite avec des altérations paralytiques de la 6e paire. De plus, on verra apparaître des signes de panophtalmie peu prononcés, mais dont la cause constitutionnelle est difficile à retrouver.

Le fait suivant est, de plus, intéressant à signaler. Il s'agissait, chez notre malade, d'une névro-rétinite rhumatismale et exsudative, avec des stases veineuses et hémorragiques.

Observation II.

Névro-rétinite hémorragique. Buphtalmie avec paralysie de la 6e paire. — M. Pr..., âgé de 44 ans, me fut amené, le 27 octobre 1899 (n° 44670), pour une amblyopie très grave des deux yeux, provoquée par des accidents méningo-encéphaliques avec diplopie et une légère buphtalmie de l'œil gauche. Je constate une paralysie de la 6e paire gauche et une *névro-rétinite* hémorragique consécutives à des stases veineuses, comme on peut en juger par les planches chromolithographiques ci-jointes. (Voy. Pl. II.)

Le malade a eu une rougeole grave à l'âge de 13 ans, qui avait été compliquée d'abcès dans les aines, sans pourtant qu'on ait jamais trouvé de l'albumine dans les urines. Des rhumatismes fréquents ont atteint souvent le malade. L'affection des nerfs optiques était donc due aussi à des accidents rhumatismaux, très probablement d'origine gonococcique, dont il accuse encore quelques traces du côté de l'urèthre.

En présence de ces phénomènes, je l'ai soumis au traitement par des applications de sangsues derrière la nuque; des fortes doses de quinine et des pilules d'arrhénal. Ce traitement a été appliqué avec le concours de nos éminents confrère, le Dr Collin, du Val-de-Grâce, et le Dr Drouard.

Ce traitement a été suivi avec persévérance pendant un an consécutif et déjà, le 22 décembre 1899, la vue s'était éclaircie, les hémorragies aux trois quarts disparues, et le malade a pu lire le n° 3 de l'échelle avec 4 dioptries convexes.

C. — Iritis suppurative, avec hypopyon et méningite gonococciques.

La névro-rétinite méningitique peut se compliquer quelquefois, et dès le début d'une iritis suppurative, avec hypopyon et des accidents rhumatismaux blennorragiques.

Le fait suivant est des plus caractéristique, car il démontre en outre, une relation intime entre les phénomènes inflammatoires de l'iris et le rhumatisme blennorrhagique du malade.

Observation III.

Iritis et hypopyon gauche avec rhumatisme au genou à la jambe gauche. Blennorragie et méningite spinale. — M. L..., âgé de 33 ans, demeurant en province, vint me consulter le 10 mars 1902, pour une iritis grave de l'œil gauche avec un hypopyon, dont il souffrait, depuis plus de quinze jours. Cette affection était accompagnée d'un malaise général, et par moment, des accès de fièvre très violente, qui le tenait au lit, soigné qu'il était pour des accès de méningite.

A peu près dix ans auparavant, étant au régiment, il avait contracté une violente blennorragie avec une orchite, ce qui l'avait tenu à l'hôpital pendant plus de six semaines.

A mon examen, je constate des douleurs violentes à l'articulation du genou et de la hanche. De plus, la colonne vertébrale est très sensible à sa partie supérieure et à la nuque. Le malade raconte qu'en janvier 1897, il avait beaucoup souffert d'iritis rhumatismale, pour laquelle il a dû subir une iridectomie qui fut pratiquée par mon ami, le Dr Mengin (de Caen). La maladie a été enrayée et l'œil guéri.

Observation IV.

Névro-rétinite droite, avec iritis, blennorragies et synéchies postérieures aux deux yeux. Méningo-encéphalite. — M. P..., âgé de 63 ans, vint me consulter pour la première fois, le 22 juillet 1901, pour une inflammation grave des deux yeux, caractérisée par une névro-rétinite de l'œil droit, avec des synéchies postérieures et iritis aux deux yeux, et exsudations et atrophies choroïdiennes disséminées vers l'ora serrata.

Le malade déclare avoir été sujet aux douleurs sciatiques rhumatismales, depuis plus de sept ou huit années consécutives, qui s'étaient déclarées à la suite d'une forte blennorragie. Ces accidents étaient quelquefois accompagnés de douleurs de tête très violentes et prolongées, de vertiges et de poussées de fièvre.

Les douleurs rhumatismales étaient souvent localisées à plusieurs articulations et ne cédaient qu'au traitement énergique par des applications répétées de sangsues, de quinine, d'aspirine et de lithine.

Sous l'influence du traitement par des frictions mercurielles à la dose de 2 grammes, nous avons obtenu une amélioration sensible. Le 24 novembre 1902, le malade a pu obtenir une cessation de toute trace d'inflammation des deux iris, et, de l'œil droit, il a pu lire le n° 1,50 de l'échelle et de l'œil gauche, le n° 3.

D. — Irido-choroïdite méningitique avec buphtalmie suivie de nécrose cornéenne.

Le danger des irido-choroïdites méningitiques réside dans la prédisposition aux nécroses cornéennes, que nous voyons quelquefois se produire avec une telle rapidité, qu'aucun traitement, le plus énergique, est incapable d'arrêter le mal. C'est une altération de nutrition qui en est la cause. Je pense aussi que la cause principale de cette irido-choroïdite suivie de nécrose cornéenne réside dans la paralysie de la 5e paire. J'ai été en effet frappé chez ces malades de l'anesthésie cornéenne malgré les accidents inflammatoires de l'iris et l'accumulation du pus dans la chambre antérieure (hypopyon).

Tous ces accidents atteignent d'autant plus de gravité. qu'ils reconnaissent pour cause primitive et constitutionnelle la blennorragie ancienne ou récente, souvent méconnue et mal soignée. L'observation suivante, qui a été recueillie sur ma demande par mon éminent confrère, le Dr Martin, peut donner la meilleure idée sur la marche et l'évolution de cette grave affection, aboutissant fatalement à une cécité.

Observation V.

Irido-choroïdite méningitique. Hypopyon. Nécrose de deux cornées. — M. X..., se présente le 30 janvier 1900 à la clinique de M. Galezowski. Interrogé sur ses antécédents, il raconte ce qui suit :

A l'âge de 11 ans, il a eu des rhumatismes articulaires pour lesquels il est resté alité pendant huit à quinze jours.

A 14 ans, nouvelle atteinte de rhumatismes intéressant les genoux et les pieds et nécessitant un repos au lit de huit jours.

Le 13 février 1900, il est pris de grippe accompagnée d'angine, le tout durant une semaine environ.

Le 6 mars, il est encore repris de rhumatismes des genoux et des mains; il continue à travailler tout en souffrant, mais,

au bout d'une quinzaine de jours, est obligé de garder le lit pendant une semaine environ.

Il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Le 17 avril, étant alors âgé de 18 ans, il est pris de vomissements, diarrhée et fièvre; le lendemain, survient du délire. Vers le quatrième jour, le bras gauche est atteint de paralysie incomplète. Celle-ci disparaît au bout de deux jours mais le bras droit se prend à son tour et devient complètement paralysé; cette paralysie dure un mois. On porte le diagnostic de méningite.

Dès le deuxième jour, les yeux avaient commencé à rougir et la vision diminuait; vers le quatrième au cinquième jour la cécité paraissait complète.

Le délire dura douze jours environ; puis, la connaissance revint graduellement et tous les symptômes généraux s'amendèrent peu à peu sauf une légère reprise de fièvre vers le dix-huitième jour mais de courte durée.

Le traitement suivi consista en glace sur la tête pendant quatorze jours, quinine, etc.

Malheureusement, la perte de la vision, constatée dès les premiers jours, persistait toujours. Comme traitement, on se contentait de faire des lotions boriquées et des instillations de collyres calmants.

Le malade recommença à manger normalement le vingtième jour et put se lever le vingt-neuvième.

Vers le quarantième jour, survinrent de vives douleurs dans les yeux qui n'avaient cessé d'être rouges. Ces douleurs n'étaient pas continues, mais revenaient par accès.

Le 30 juin 1900, M. Galezowski fut consulté pour la première fois; il prescrivit de la quinine, des frictions mercurielles, des instillations de duboisine et des applications alternativement chaudes et froides sur les yeux.

Le 9 juillet, il pratique la paracentèse des chambres antérieures remplies de pus : l'opéré reste cinq jours à la clinique. A sa sortie, il percevait la lumière, mais ne pouvait rien distinguer.

Depuis cette époque, il est revenu tous les trois mois

environ, et au dernier examen on contate ce qui suit : Les deux yeux présentent des leucomes adhérents couvrant presque toute la surface des cornées sauf une mince bandelette à la périphérie. L'œil droit n'a aucune perception lumineuse ; le gauche perçoit vaguement la lueur de la lampe projetée avec le miroir de l'ophtalmoscope vers la partie externe du globe. M. Galezowski pratique sur cet œil une iridectomie sur le bord externe de la cornée et arrache, non sans difficulté, quelques minces lambeaux d'iris : ce dernier est atrophié et adhérent.

Le résultat de l'opération ne pourra être apprécié que plus tard mais dès ce jour les douleurs ont complètement cessé.

(*A suivre.*) Dr GALEZOWSKI.

LYMPHOCYTOSE RACHIDIENNE ET AFFECTIONS OCULAIRES[1]

PAR

Le professeur F. DE LAPERSONNE

La ponction lombaire, avec examen du liquide céphalorachidien, a été faite 17 fois avec 8 résultats positifs et 9 négatifs. Ils se décomposent de la façon suivante :

	Résultats.	
6 fois pour névrites optiques et choriorétinites syphilitiques	3 P	3 N
4 fois pour iritis.	3 P	1 N
3 fois pour atrophies post-névritiques.		3 N
1 fois, granulie méningée avec névrite	1 P	
1 fois, tumeur cérébrale.		1 N
1 fois, migraine ophtalmoplégique		1 N
1 fois, paralysie de la 3e paire	1 P	

1. Résumé d'une communication à la *Société française d'Ophtalmologie* (Congrès de 1903).

La technique employée a toujours été celle recommandée par Widal, Sicard et Ravaut. La ponction a paru inoffensive; dans un seul cas le malade, en voulant se lever trop tôt, a été pris de vomissements et de douleurs de tête. Dans les autres observations, on n'a pas noté le moindre malaise : il est vrai qu'on a toujours pris la précaution de faire coucher les malades, la tête basse, pendant quelques heures. Deux fois la ponction lombaire a donné lieu à un grand soulagement : dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une tumeur cérébrale et la soustraction d'une petite quantité de liquide céphalorachidien a eu pour effet de calmer de violentes douleurs de tête et d'éclaircir la vue.

Au point de vue de la valeur diagnostique, chez les trois malades atteints de névrite et de choriorétinite récente, le résultat a été positif. Le début remontait à 3 mois, 8 jours et 1 mois. Lorsque la lésion était régressive, le résultat a été négatif. Chez une malade, nettement syphilitique, atteinte de névrite légère unilatérale, avec trouble poussiéreux du vitré, la lymphocytose très discrète au début, avait disparu trois mois après un traitement énergique. Ceci indique que la réaction lymphocytaire est transitoire et n'accompagne que les lésions récentes. Dans les manifestations syphilitiques du segment antérieur de l'œil, on a encore trouvé la lymphocytose : trois ponctions, pratiquées pour iritis syphilitiques, ont donné deux fois des résultats positifs.

En dehors de la syphilis, le cytodiagnostic a été positif dans un cas de névrite œdémateuse, symptomatique d'une méningite tuberculeuse et négatif dans trois cas d'atrophies post-névritiques.

Ces résultats démontrent déjà l'utilité de l'examen du liquide céphalorachidien pour le diagnostic étiologique d'un certain nombre de lésions récentes, tant du segment antérieur que du segment postérieur de l'œil, lorsque les antécédents syphilitiques sont difficiles à retrouver. Il sera intéressant de rechercher la formule leucocytaire des autres névrites infectieuses, rhumatismales, grippales, rubéoliques etc., de voir si la réaction est positive, si elle est lymphocytaire ou polynucléaire.

STATOMÉTRIE OCULAIRE

OPHTALMOMÈTRE EXORBITAIRE [1]

PAR

Le Docteur AMBIALET (de Marseille)

Il peut être intéressant de mesurer le degré de saillie des yeux à l'état normal et pathologique.

La statométrie oculaire, dans le premier cas, constitue un élément d'observation complémentaire des mensurations anthropométriques. Le globe et l'orbite, prolongements antérieurs du cerveau et du crâne, participent au mode de développement de ces derniers; l'état de la protrusion oculaire et la forme de l'arcade de l'orbite seront donc utilement mis en regard de la conformation cranienne.

La mensuration des déplacements que les yeux subissent dans le sens antéro-postérieur, consécutivement à diverses affections orbito-oculaires, sera d'autre part effectuée avec intérêt par l'ophtalmologiste qui veut noter la progression ou la rétrogression du processus morbide et donner un peu de précision aux termes d'exophtalmie et d'énophtalmie si communément employés.

Un appareil de mensuration ne peut être pratique que s'il permet de faire avec rapidité et précision des mensurations toujours comparables entre elles; il est donc nécessaire que les points de repère choisis soient fixes, qu'ils puissent être aisément retrouvés.

De nombreux auteurs se sont occupés de statométrie; la plupart ont adopté un seul point de repère sur le bord de l'orbite soit externe, soit supérieur. Cette méthode présente le

1. Communication faite à la *Société française d'Ophtalmologie* (Congrès de 1903).

grand inconvénient de nécessiter la recherche du plan frontal. La protrusion absolue (relativement à l'ensemble du bord orbitaire) étant surtout importante à connaître en clinique, nous nous sommes proposés, à l'exemple de Landolt, de prendre deux points de repère sur les bords de l'arcade, suivant les axes horizontal et vertical. La fixité de l'instrument est ainsi assurée ; on pourra mesurer une protrusion horizontale et une verticale.

La détermination de la protrusion horizontale ne peut guère offrir de difficulté ; mais il ne saurait en être de même de la protrusion verticale car la présence de la paupière supérieure oppose toujours une gêne, souvent même un obstacle absolu à l'opération des visées. Il y a cependant intérêt à mesurer la protrusion verticale et horizontale simultanément ; de plus, il est désirable que l'on puisse noter les divers degrés dits de protrusions négatives, dans lesquels le sommet de la cornée se trouve placé en arrière de l'axe vertical de l'orbite.

Pour réaliser ces desiderata, nous avons songé à évaluer l'écartement que présentent les axes vertical et horizontal au niveau du plan où se fait leur intersection : il suffira dès lors de relever la protrusion horizontale pour obtenir en même temps la protrusion verticale, qu'elle soit positive, neutre ou négative.

Cette distance axiale a en outre l'avantage de nous donner une image figurée de la conformation générale de l'arcade orbitaire. On sait combien celle-ci influe sur le degré de saillie apparente des globes.

Ophtalmomètre exorbitaire. — L'instrument que nous avons été amené à faire construire, au cours de mensurations anthropométriques, se compose d'une tige transversale H, sur laquelle sont adaptés à angle droit, deux bras d'égale longueur B H : ce sont deux tubes creux qu'une rainure parcourt dans toute leur longueur. L'un de ces bras, fixé à l'extrémité de la tige, porte à son bout libre une encoche destinée à éviter tout glissement lors de son affrontement sur le

contact avec le trait unique de fusionnement. La réflexion des images sur un fond blanc et l'inclinaison en haut et en avant du miroir contribuent à favoriser l'opération des visées et en augmentent la précision. La surface du miroir est toujours à découvert et l'on n'est pas gêné par l'interposition de la mire.

Graduation — Dans l'ophtalmomètre ainsi construit, si l'on pousse les leviers M et V jusqu'au contact du vernier l, l'extrémité libre des quatre bras et les traits de mire-miroir se trouveront sur un même plan. D'autre part M et V coïncideront par une de leur face en un même point de la règle R G, c'est par ce point que passe un deuxième plan parallèle au précédent dans lequel se trouvent les extrémités adhérentes de tous les bras : il correspond au 0 de la graduation et représente la position de l'axe horizontal orbitaire.

Dans l'affrontement des bras B H contre l'orbite suivant le sens horizontal, les verticaux B V repoussés par la saillie de l'arcade supérieure et inférieure éprouveront un recul variable dont l'étendue sera transcrite sur R G par le vernier V qui les porte : on obtient ainsi la distance axiale. Il suffira ensuite de chercher la position de la cornée à l'aide de la mire et du miroir, pour que sa situation par rapport au 0 soit marquée sur la règle R G par le levier M. Ainsi, connaissant la distance axiale et la protrusion horizontale, on lira de suite la protrusion verticale. Les rapports réciproques des trois points axés V H et pôle cornéen sont inscrits simultanément sur une même règle graduée.

Technique des mensurations. — Deux parties sont habituellement disjointes de l'instrument, le manche et les bras verticaux. Pour procéder à une mensuration, on les assemble en commençant par visser le manche. On donne à sa partie horizontale une position oblique par rapport à la règle graduée, afin de permettre aux bras verticaux une excursion complète le long de cette règle. Le système vertical est glissé

rainure de R G que commande une roue dentée R met en mouvement l'ensemble des mandrins et de leur levier d'union : ainsi la mire et le miroir se meuvent synergiquement d'avant en arrière. Un troisième système de bras verticaux est disposé perpendiculairement aux précédents B Y. Le vernier qui les porte V glisse le long de la règle graduée : sur l'une de ses faces se trouve une roue dentée P avec laquelle on immobilise ces bras contre la règle.

« L'ophtalmomètre exorbitaire » présente en outre un miroir de direction du regard. Le mandrin qui le porte s'insinue dans un orifice antéro-postérieur du vernier I. Enfin sur la face inférieure de ce même vernier se trouve un pas de vis destiné à l'adaptation du manche. Celui-ci se termine par une poignée à direction verticale, qui peut être avancée ou reculée pour la commodité des mensurations ; il est en outre possible de lui imprimer une rotation de 180°. Ce mouvement est rendu nécessaire, car il faut pour mesurer la protrusion gauche renverser l'instrument afin de placer le miroir dans l'angle interne de l'œil.

Visées cornéennes. — Les mandrins à mire et miroir devant présenter une longueur égale aux quatre autres bras, nous avons tracé dans le sens vertical, sur le milieu des faces de la mire et du miroir, un trait de repère dont la présence contribue en outre à favoriser la précision des visées. L'étendue de la mire est au moins égale à celle du miroir, la surface en est blanche, aussi lorsque l'instrument est convenablement orienté, voit-on la blancheur de la mire se réfléchir sur la totalité du miroir. Sur ce fond blanc se perçoivent plus nettement les deux traits de repère et l'image de la cornée. L'axe qui passe par les deux traits reste toujours parallèle à celui de la tige H quels que soient les déplacements subis ; pour le trouver on disposera son regard de telle sorte que les deux traits aperçus sur le miroir soient fusionnés en un seul. En reculant la mire et le miroir, on approchera cet axe du sommet cornéen, et la juxtaposition aura lieu lorsque l'image réfléchie de la cornée entrera en

à l'aide d'un doigt, soulever la paupière supérieure lors de contracture spasmodique de l'orbiculaire.

L'opération est rapidement exécutée avec un peu d'habitude, aussi est-il bon de la renouveler une à deux fois pour contrôler le premier résultat.

Pour la mensuration de la protrusion gauche, l'instrument doit être tenu de la main gauche, comme l'indique la figure 3. Le miroir devant être placé dans l'angle interne de l'œil, on renverse l'ophtalmomètre. A cet effet, on tourne la poignée de 180° et le miroir des visées est légèrement incliné en avant et en haut; quant au sujet examiné, il est placé de profil en sens inverse de la position qu'il occupait pour la première mensuration. Il est plus commode dans ce cas de tenir la partie horizontale du manche entre le pouce et l'index, l'un des autres doigts agit sur les bras verticaux et les roues P et R.

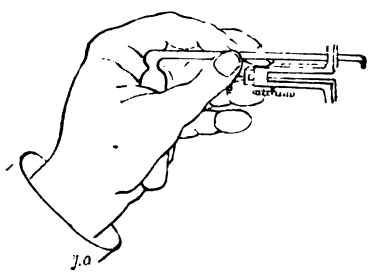


FIG. 3.

On procède pour le reste comme il a été dit précédemment. Dès que les protrusions absolues sont mesurées, on décompose l'ophtalmomètre en sens inverse de l'assemblage des pièces, c'est-à-dire que l'on retire d'abord la roue R puis les bras verticaux et enfin le manche.

Protrusions relatives. — On entend par protrusion relative, la saillie d'un œil comparée à celle du congénère. Elle ne peut être en général déduite de la comparaison des deux protrusions absolues extraorbitaires, par suite de l'asymétrie que peut présenter un des côtés de la face et de l'orbite. Cependant il nous paraît possible d'acquérir une idée assez exacte de l'état de symétrie, par l'étude des distances axiales orbitaires et l'examen de la face, pour nous autoriser dans quelques cas à faire cette déduction.

La recherche d'un plan frontal ne peut guère être évitée

dans l'évaluation de ces protrusions. Du moins nous sommes-nous efforcé de supprimer le plus possible les causes d'erreur : 1° en assurant à la règle transversalement placée une fixité de position qui rende les mensurations comparables entre elles; 2° en utilisant le miroir des visées de Léhender.

Deux bras d'égale longueur servent de point d'appui à la règle sur le bord externe des deux orbites. Lors de symétrie cranio-faciale et orbitaire, l'axe de la règle se trouve immobilisé pour les deux opérations dans le même plan frontal et la protrusion relative est mesurée par rapport à l'axe biorbitaire externe, ou encore par rapport à celui de la règle, qui lui est parallèle.

Mais lorsqu'une asymétrie existe, l'égalité de longueur des bras d'appui doit faire dévier la règle du plan frontal; il est donc nécessaire de la replacer convenablement. A cet effet, l'un des bras peut être allongé. Il nous paraît bon de faire incliner en avant la tête du sujet examiné, afin de voir sa *norma verticalis* et le profil du front. La règle sera placée le plus perpendiculairement possible au plan saggital médian de la *norma*.

Dans ces cas, la protrusion relative sera mesurée par rapport à l'axe de la règle seul.

L'ophtalmomètre est muni pour ces mensurations, d'un bras horizontal supplémentaire, H R, portant à son extrémité un curseur mobile destiné à produire l'allongement nécessaire. Ce curseur peut être adapté sur le deuxième bras, lors du renversement de l'instrument. Comme l'indique la figure schématique 4, le système horizontal est seul utilisé. On rapproche les deux verniers I et K pour que le miroir des visées de petites dimensions puisse être refoulé aisément

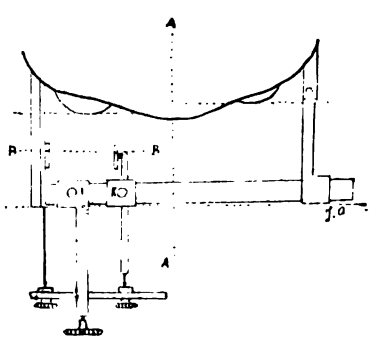


FIG. 4.

dans l'angle interne de l'œil. La mire et le miroir sont alors ramenés près de la règle transversale. Le bras conducteur du miroir qui gênerait est de même repoussé en avant. La règle étant assujettie contre les deux bords externes des orbites, on mesure la protrusion horizontale : pendant son mouvement de recul, le miroir entraîne le tube conducteur qui devient passif. Après renversement de l'ophtalmomètre pour la mensuration du deuxième œil, on reporte sur le deuxième bras l'étendue de l'allongement que l'on avait donné au premier ; ainsi est retrouvée la position du plan frontal. Les visées s'exécutent suivant un axe parallèle à celui de la règle transversale. Cette ligne de visées B B tombe donc perpendiculairement sur le plan antéro-postérieur A A perpendiculaire lui-même à la règle : ce sont effectivement les projections des cornées qui sont mesurées sur ce plan et notées sur R G qui lui est parallèle.

La vérification des données ophtalmométriques a été faite sur un crâne dont les yeux étaient remplacés par des yeux artificiels. Les mensurations exécutées avec l'instrument sur ces globes, dans les divers degrés de protrusion absolue et relative qui leur ont été donnés, ont toujours été reconnues exactes par des mensurations consécutives faites directement. Il est vrai que cette exactitude des résultats doit être atténuée par l'interposition sur le sujet des tissus musculo-cutanés péri-orbitaires. Pour réduire au minimum cette cause inévitable d'erreurs, il est nécessaire d'établir une pression suffisante des bras sur les tissus, de l'égaliser sur tous les points de contact, enfin de renouveler l'opération comme il a été dit pour vérifier le premier résultat. L'ensemble des résultats sera saisi d'un simple coup d'œil, si l'on figure le long d'une ligne à divisions millimétriques, à gauche la position de l'axe H par un trait oblique, à droite celle de V par un trait vertical, et enfin la position cornéenne par un trait courbe.

L'ophtalmomètre exorbitaire manque sans doute de la simplicité de structure désirable ; on voudra oublier cet incon-

vénient s'il est compensé par les avantages pratiques que je me suis efforcé de lui donner, en cherchant à réaliser la plus grande précision des mensurations. Il nous permet en résumé :

1° De mesurer en un seul temps les protrusions verticales et horizontales extraorbitaires;

2° De noter les positions exorbitaires du globe, tout autant que le sommet cornéen dépasse l'axe H ;

3° D'évaluer l'écartement axial V H, ce qui nous fait connaître les asymétries des arcades et apprécier leur conformation générale;

4° D'inscrire simultanément la protrusion verticale, la protrusion horizontale et la position cornéenne sur une seule règle graduée ;

5° D'appliquer la méthode des deux points fixes de repère à la mensuration des protrusions relatives, en utilisant le miroir des visées de Lehender;

6° Enfin d'opérer les diverses mensurations avec une seule main, l'autre restant libre pour maintenir la tête du sujet examiné.

Le globe oculaire est constamment soustrait à tout contact, au cours de ces mensurations qui seront toujours comparables entre elles sur le même sujet.

(*A suivre.*) Dr AMBIALET.

COLOBOME DU TRACTUS UVÉAL

ET

LUXATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR DANS L'ORBITE DU MÊME COTÉ

EXAMEN ANATOMIQUE [1]

PAR

Le Docteur F. TERRIEN

Colobome unilatéral du tractus uvéal à siège typique et présentant plusieurs particularités intéressantes du côté de l'orbite et du globe oculaire.

L'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur était luxée dans l'orbite et le plancher de cette cavité, très épaissi, contenait inclue dans son épaisseur une molaire à direction anormale.

L'œil du même côté était colobomateux, légèrement microphtalme et les altérations anatomiques portaient à la fois sur la sclérotique, le tractus uvéal, la rétine et le cristallin.

En outre du colobome inférieur, on constatait une large poche kystique au niveau du pôle postérieur. Le feuillet interne de la vésicule oculaire secondaire ne s'était qu'incomplètement invaginé et était resté adhérent à la cristalloïde postérieure, séparé seulement de celle-ci par une lame vasculaire, reste de la capsule vasculaire du cristallin.

Le feuillet s'était en outre invaginé sur lui-même et présentait des cavités kystiques. De cette adhérence étaient résultées des altérations au niveau de la zone postérieure du cristallin. Elles consistaient dans la présence de l'épithélium sous-capsulaire et dans des altérations involutives portant à ce niveau sur les fibres cristalliniennes.

Dr F. TERRIEN.

1. Communication à la *Société française d'Ophtalmologie* (Congrès de 1903).

RECHERCHES HISTOLOGIQUES

SUR LE

XANTHÉLASMA DES PAUPIÈRES[1]

PAR

Le Dr H. VILLARD (de Montpellier)

Les éléments caractéristiques du xanthélasma sont constitués par des cellules spéciales qui se trouvent en très grand nombre dans les couches moyennes et profondes du derme où elles se groupent en nodules. Ces cellules ont un gros noyau très colorable, et un corps formé par un réticulum protoplasmique enserrant dans ses mailles de petites boules d'une substance claire, réfringente, et probablement une autre substance qui est enlevée par les lavages à l'alcool et qui apparaît sous forme de fins cristaux en aiguilles dans les préparations non traitées par ce réactif.

Ces cellules arrivent à se fusionner les unes avec les autres et il se forme alors de grandes masses d'une substance homogène qui est coagulée par les réactifs fixateurs. Dans les couches superficielles du derme il existe des cellules isolées, très peu nombreuses, gonflées de pigment, d'origine connective, et qui peuvent se transformer en cellules xanthélasmiques par la disparition de leur pigment, et l'apparition dans leur protoplasma des petites boules claires caractéristiques de la cellule xanthélasmique arrivée à son plein développement.

H. VILLARD.

1. Résumé d'une communication à la *Société française d'Ophtalmologie* (Congrès de 1903).

DU BENZOATE DE LITHINE

DANS LE

TRAITEMENT DES TAIES DE LA CORNÉE[1]

PAR

Le Dr MAZET (de Marseille)

La plupart des auteurs, qui se sont occupés de l'étude histologique et anatomo-pathologique des diverses opacités de la cornée, ont signalé dans ces lésions la présence fréquente de sels calcaires, qui, avec d'autres altérations, viennent troubler la transparence normale de la cornée. Ces dépôts calcaires se voient le plus souvent dans toutes les formes d'opacités consécutives aux divers ulcères traumatiques ou inflammatoires, aux brûlures de la cornée. Mais il n'est point rare cependant d'en observer dans d'autres affections de la cornée qui n'ont jamais présenté le moindre processus ulcératif. Les cicatrices cornéennes elles-mêmes peuvent subir plus tard des métamorphoses et présenter des altérations régressives du tissu leucomateux, sous forme de petits points crayeux blancs dus à des dépôts calcaires. Dans la plupart des cas ces dépôts calcaires étant constitués par du phosphate et du carbonate de chaux, il y a intérêt à en favoriser la dissolution pour provoquer l'éclaircissement des taies et améliorer la vision.

Laissant de côté les acides comme trop irritants, l'auteur s'est servi d'une solution de benzoate de lithine de 0 gr. 25 à 1 gramme pour 10 grammes d'eau distillée, dont on instille quelques gouttes dans l'œil deux ou trois fois par jour. Il résulte des expériences faites que non seulement le benzoate

1. Résumé d'une communication à la *Société française d'Ophtalmologie* (Congrès de 1903).

de lithine est un bon dissolvant des urates mais encore des phosphates et carbonates de chaux.

Le benzoate de lithine en solution aqueuse de 0 gr. 25 à 1 gramme pour 10, est donc indiqué dans toutes les opacités de la cornée qui présentent des incrustations calcaires ou à la surface desquelles on soupçonne la présence du phosphate ou du carbonate de chaux. Cette solution n'est pas douloureuse, n'a aucun effet nuisible sur la cornée, aussi peut-elle être instillée dans l'œil sans le moindre inconvénient. De plus comme ce traitement est assez long, qu'il exige des instillations fréquentes, il n'est pas indifférent de savoir que son emploi peut être confié aux malades eux-mêmes ou à leur entourage sans avoir à redouter de complications consécutives.

Enfin cette médication trouvera son emploi tout indiqué dans la kératite liée à la goutte dont les troubles cornéens contiennent parfois des dépôts d'urates.

Dr MAZET.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 9 juin 1903

PRÉSIDENCE DE M. A. TERSON

M. PÉCHIN, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est adopté.

M. A. TERSON présente un fragment d'iris enlevé avec l'emporte-pièce de Vacher.

M. MORAX, *secrétaire général*, dépouille la correspondance qui comprend :

Une lettre du Dr de Lapersonne s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

Une lettre de remerciements du Dr Houdart, nommé membre correspondant national;

Une lettre du Dr Oliveres Franques de Tortose (Espagne),

accompagnant un travail intitulé : *Un cas de déchirure traumatique de la choroïde* et posant sa candidature à une place de membre correspondant étranger ;

Une lettre du Dr Poinot, accompagnant un travail intitulé : *Traitement des hémorragies rétiniennes* et posant sa candidature à une place de membre correspondant national ;

Un travail du Dr Bettremieux, intitulé : *Rayons X en ophtalmologie ;*

Le tarif minimum, établi par la Société d'ophtalmologie de Paris, homologué par le syndicat des médecins de la Seine.

Sont nommés rapporteurs :

M. Darier, pour le travail du Dr Bettremieux.

M. Chaillous, pour le travail du Dr Poinot.

M. Terrien, pour le travail du Dr Oliveres.

M. A. Terson, délégué par la société au Congrès de Madrid, rend compte de sa mission. Plusieurs membres de la société ont fait des communications au Congrès, où nos confrères espagnols, en particulier les Drs Albitos et Menacho, les ont comblés de prévenances.

MM. Chevallereau et Chaillous. **Tumeur de l'iris chez une enfant.** — La jeune Marcelle B..., âgée de 8 ans, nous est amenée le 20 mai à la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

A la face antérieure de l'iris, près du bord supérieur, un peu en dedans de la ligne médiane, nous constatons une tumeur formant une saillie assez considérable pour venir presque au contact de la face postérieure de la cornée. Cette tumeur, de coloration brunâtre sur presque toute son étendue, sauf à la partie la plus saillante et la plus près de la ligne médiane, qui offre une coloration jaune plus claire, est divisée par un sillon à peu près vertical en deux lobes, l'externe plus foncé et moins saillant que l'interne. L'iris n'offre aucune autre saillie dans le reste de son étendue.

La pupille est irrégulièrement dilatée par le collyre à l'atropine instillé depuis quelques jours ; il y a des synéchies postérieures et quelques exsudats iriens dans le champ pupillaire. Il existe une injection périkératique très peu marquée et très peu d'injection conjonctivale. Les milieux sont assez transparents pour qu'on puisse observer nettement le fond de l'œil dans lequel on ne trouve aucune lésion. La tension est normale. L'acuité visuelle est de 1/3 pour l'œil droit, de 2/3 pour l'œil gauche.

Le père nous raconte que cet œil gauche est devenu un peu rouge depuis une quinzaine de jours. A aucun moment il ne

semble y avoir eu ni douleur, ni photophobie, ni larmoiement. L'enfant a été conduite à l'hôpital Pereire à Levallois-Perret où on a prescrit un collyre à l'atropine et des compresses d'eau boriquée. L'œil droit est parfaitement normal.

Nous ne trouvons rien dans les antécédents de l'enfant qui permette d'expliquer la pathogénie de cette tumeur. Elle est venue à terme, a marché à un an, a commencé à parler vers la même époque et n'a jamais été malade. Elle a un peu d'adénopathie cervicale et elle a maigri depuis quelque temps, mais elle ne tousse jamais et l'auscultation de la poitrine ne fait découvrir aucune lésion. Les dents sont normalement conformées. La recherche des antécédents de famille ne fait découvrir de même aucun signe de syphilis ou de tuberculose. Le père, âgé de 36 ans, la mère, âgée de 34 ans, sont tous les deux vigoureux et très bien portants.

La mère a eu cinq grossesses. La première s'est terminée par la naissance d'un enfant venu à terme, mort à 10 mois, en nourrice, loin des parents; la deuxième s'est terminée par la naissance d'une petite fille actuellement âgée de 9 ans et qui se porte bien; la troisième s'est terminée par la naissance de notre petite malade, la quatrième par une fausse couche, la cinquième par la naissance d'un enfant qui est mort à 2 jours.

Le 22 mai, l'injection périkératique a notablement augmenté; il y a un peu d'hypohéma. La tuméfaction semble gagner la partie de l'iris voisine de la tumeur. L'examen ophtalmoscopique montre de la névrite optique avec aspect flou du bord papillaire et dilatation des veines; l'acuité visuelle est cependant restée la même.

Le 23 mai, pour nous fixer sur la nature de cette tumeur, nous employons le procédé récemment proposé par Gourfein, de Genève, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (20 avril 1903). L'enfant étant chloroformée, nous ponctionnons la chambre antérieure avec une seringue de Luer soigneusement stérilisée et nous aspirons l'humeur aqueuse que nous injectons par moitié dans la chambre antérieure, puis sous la peau de l'abdomen d'un cobaye. Disons tout de suite qu'hier, 8 juin, le cobaye ne montrait encore aucune apparence de réaction, mais le temps écoulé n'est pas encore suffisant pour qu'on puisse tirer de là une démonstration quelconque.

Le 25 mai, l'iris est beaucoup plus flou, plus tuméfié que les jours précédents; l'injection périkératique est de même beaucoup plus marquée; on ne peut pratiquer l'examen ophtalmoscopique.

Le 27 mai, il y a une amélioration notable; l'injection périkératique est moins marquée; l'iris est moins tuméfié; la pupille un peu plus dilatée et plus claire permet l'examen ophtalmosco-

pique et la constatation d'une névrite optique assez prononcée.

Le 29 mai, l'iris présente son aspect normal en dehors de la tumeur et des synéchies; on voit beaucoup mieux le fond de l'œil et la névrite optique. En revanche, on distingue une descemétite des plus prononcées : la face postérieure de la cornée est le siège de nombreux dépôts grisâtres ayant par leur ensemble la forme d'un triangle dont le sommet correspond à peu près au centre de la cornée et la base à son bord inférieur. De même la partie inférieure de l'angle irido-cornéen est remplie de dépôts jaunâtres simulant un hypopyon, mais il ne s'agit sans doute pas d'un épanchement liquide, car le bord supérieur de cette masse n'est pas rectiligne, mais très inégal.

Aujourd'hui cet état de la cornée et de l'angle irido-cornéen est à peu près stationnaire, plutôt amélioré; on distingue assez bien le fond de l'œil et la névrite optique, sans rien à la périphérie. L'injection périkératique est peu accentuée.

L'œil droit a toujours été normal.

Depuis son entrée à la clinique, en outre du traitement local, atropine et compresses chaudes, cette petite fille a été soumise chaque jour à des frictions de 3 grammes d'onguent mercuriel. Ces frictions n'ont paru avoir aucune influence sur la marche de la tumeur. L'état général, un peu affaibli avant l'entrée à la clinique, est devenu excellent.

En résumé, chez une petite fille sans aucun antécédent héréditaire ou personnel, s'est déclarée à la face antérieure de l'iris une tumeur qui par son aspect nous paraissait devoir être rattachée soit à la syphilis, soit à la tuberculose. Jusqu'à présent rien, ni les résultats du traitement antisyphilitique, ni les inoculations de l'humeur aqueuse à un cobaye, ne vient confirmer l'une ou l'autre de ces deux hypothèses. Nous tiendrons la Société au courant de l'évolution ultérieure de cette affection.

M. Antonelli. — Le cas que M. Chevallereau nous présente est des plus embarrassants. Il m'a été impossible d'étudier tout à l'heure les détails du fond de l'œil gauche, à cause du trouble des milieux, mais à droite, où l'œil est normal, il n'y a absolument aucun stigmate, ni de dystrophie pigmentaire ni autre, à l'appui de la spécificité héréditaire. D'autre part, ni le faciès de la petite malade, ni son système dentaire, ne feraient penser à l'hérédosyphilis. Quant à la tuberculose, si les résultats des expériences de M. Chevallereau ne suffisent pas, il y aurait peut-être lieu d'y ajouter l'épreuve de la tuberculine.

MM. Chaillous et Guéneau. **Blépharite syphilitique** (*Présentation de malade. Moulage*). — La malade que M. Guéneau et

moi vous présentons aujourd'hui, à la Société est venue, le 9 mai dernier, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, pour une affection des paupières, datant déjà de cinq mois. La malade, âgée de 25 ans, est couturière.

C'est en décembre 1902, qu'apparurent à la paupière supérieure droite, à la paupière inférieure gauche, des rougeurs, des « boutons » qui s'étendirent bientôt à toute la largeur des bords palpébraux. Aux saillies irrégulières, succédèrent quelques érosions d'un rouge vif, rapidement recouvertes de croûtes. La malade accusait peu de cuisson, mais une photophobie assez vive et un larmoiement très pénible. La malade fit pendant quelques jours des lavages à l'eau boriquée, puis elle alla consulter dans une clinique où, pendant quatre mois, on lui ordonna des lotions antiseptiques chaudes et des applications de pommade au précipité rouge. L'état des lésions resta stationnaire.

Le 9 mai, quand la malade vient nous consulter, les lésions ont l'aspect que figure le moulage que nous vous présentons.

Ce qui frappe tout d'abord, et surtout quand on examine la paupière inférieure gauche, c'est l'augmentation de volume, l'épaississement du bord de la paupière. Il a presque triplé de volume; rouge violacé dans son ensemble, il présente des points intéressants à noter. On ne voit plus trace de cils et quand le bord de la paupière a été décapé des croûtes qui lui donnaient l'aspect d'une paupière atteinte d'impetigo, on découvre une série d'érosions séparées les unes des autres par des intervalles d'épiderme intact.

Ces érosions sont arrondies, très superficielles, empiétant beaucoup plus sur le bord libre de la paupière que sur sa face conjonctivale. Elles sont de couleur rose vif tranchant sur la coloration jambonée de leurs bords. En allant de dedans en dehors, de circulaires qu'elles étaient, les érosions deviennent plus profondes, mais plus étroites. Elles forment des fissures dont l'une tout près de la commissure externe a l'air d'un colobome traumatique.

La peau qui avoisine les bords de la paupière est gonflée, rose, violacée, mais l'infiltration n'est pas profonde, le tarse a son épaisseur normale, la conjonctive est simplement plus vascularisée; seul, en somme, le bord palpébral est siège de l'infection.

A droite, la paupière inférieure est normale, la paupière supérieure a le même aspect gonflé, violacé que la paupière gauche.

Les cils sont tombés sauf près des commissures; les érosions sont moins profondes que du côté opposé et elles sont recouvertes d'une croutelle jaune clair étendue sur toute la longueur du bord. Là aussi, la lésion siège exclusivement au bord de la paupière, empiète sur la partie cutanée et laisse indemne la face conjonctivale de la paupière.

Il n'y a pas d'autres symptômes oculaires : la photophobie est vive, le larmoiement gênant, mais la malade est beaucoup plus frappée par la déformation des paupières que par la gêne qui accompagne ce symptôme.

Les ganglions préauriculaires sont petits, mobiles et indolores; mais le malade présente surtout une adénopathie cervicale abondante; les ganglions sous-maxillaires et occipitaux sont gros, mobiles, indolores.

L'examen de la malade nous montre au niveau des lèvres et de la langue des plaques muqueuses très nettes, une syphilide pigmentaire du cou et de la nuque, des plus manifestes. Par ailleurs, l'état général de la malade est mauvais : elle a un aspect anémique avec amaigrissement très marqué.

Le début de l'affection spécifique remonte au milieu de l'année 1901. La malade eut un chancre de la vulve, suivi d'une roséole généralisée. Traitée par le proto-iodure d'hydrargyre, la malade vit bientôt les accidents disparaître. Dès lors, elle cesse le traitement. Elle avait eu, avant cette affection, deux enfants qui sont tous les deux vivants et bien portants.

L'aspect de la lésion des paupières, joint à la constatation des autres lésions spécifiques, nous porta à croire qu'il s'agissait d'une blépharite syphilitique, et la malade fut soumise aux injections de cyanure d'hydrargyre, répétées trois fois par semaine. On ordonna également des applications de pommade au calomel, sur les bords des paupières malades.

L'effet du traitement général fut des plus rapides. Peu à peu la tuméfaction diminua, la coloration rouge violacée s'atténua, les érosions se cicatrisèrent, le larmoiement cessa et les paupières prirent l'aspect que vous avez pu constater tout à l'heure.

A droite, de coloration rosée, le bord de la paupière, légèrement épaissi, ne porte plus de cils qu'à la partie externe et interne, sur une longueur de 1/2 centimètre; à cet endroit, les cils sont longs, mais agglutinés entre eux. Entre ces deux points, il n'y a que quelques cils très courts ou très fins; mais la région est recouverte de croûtes ressemblant à la sécrétion impétigineuse.

Les croûtes recouvrent une érosion très superficielle, de couleur rose framboisée. Du côté de la surface conjonctivale de la paupière, le bord de l'érosion est très net et très régulier. Il se présente sous l'aspect d'un liséré blanc rosé; le bord antérieur de l'érosion qui siège sur la face cutanée de la paupière est au contraire très découpé.

A gauche, la paupière inférieure a un aspect irrégulier qui rappelle plus celui que l'on constate sur le moulage; mais là aussi, le bord de la paupière seul envahi n'est pas tuméfié comme

il y a un mois. L'encoche externe, encore très nette, est très diminuée de largeur et de profondeur et il est à croire que ces lésions si graves du bord des paupières ne laisseront que peu de traces définitives.

La malade a encore quelques érosions sur les bords de la langue; mais elle a augmenté de poids; elle a perdu son teint anémique et elle a, en un mot, autant gagné au point de vue de son état général que de sa lésion locale, en suivant le traitement hydrargyrique.

Il nous semble donc que notre diagnostic était exact. Établi sur l'aspect anormal des lésions des paupières, sur l'apparition et sur l'évolution de ces lésions en pleine poussée d'autres accidents spécifiques des plus nets, sur l'inefficacité d'un traitement suivi pendant plusieurs mois, il a été surtout démontré exact par la guérison presque complète des lésions, qui ont cédé à un traitement général antisyphilitique.

M. A. Terson. — L'intéressante lésion qui nous est présentée par M. Chaillous, a été une véritable et profonde ulcération syphilitique des paupières. Malgré le vague qui s'attache au mot blépharite, nous réservons d'habitude cette appellation à des affections d'un caractère beaucoup moins destructif.

M. Antonelli. — La tarsite syphilitique, que M. Darier vient de mentionner, appartient plutôt à la période tertiaire, infiltration du tarse à forme diffuse ou à foyers gommeux. L'on pourrait étiqueter le cas de M. Chaillous *syphilides ulcéreuses du bord des paupières*. Pour ma part, j'ai vu un cas d'ulcération rebelle du bord ciliaire et de la caroncule ciliaire, de l'œil droit, chez un malade d'une trentaine d'années; l'apparition de plaques muqueuses buccales m'ayant mis sur la voie du diagnostic étiologique, le traitement mercuriel intensif amena très rapidement la guérison.

M. Péchin. — L'observation de MM. Chaillous et Guéneau mérite d'autant plus de retenir l'attention que généralement on ne pense pas à cette étiologie de la blépharite. D'ailleurs la littérature est assez pauvre de ces observations bien que la blépharite gommeuse ait été décrite par Hutchinson. M. le prof. de Lapersonne a publié dans le *Bulletin médical du Nord* (1889) l'observation d'un enfant de 8 ans atteint de blépharite gommeuse. Il y avait une série d'ulcérations sur le bord palpébral. Traitée d'abord pour une blépharite scrofuleuse elle céda au traitement spécifique appliqué lorsque les antécédents du père mirent sur la voie de la syphilis héréditaire.

M. Chaillous. — Chez notre malade, le tarse n'a jamais été envahi seul, le bord de la paupière a été infiltré. L'épaississement

de ce bord, la chute des cils, la coloration rouge vif de la région malade, les symptômes de larmoiement, de photophobie justifient notre dénomination de blépharite ulcéreuse syphilitique.

M. VALUDE. **Prothèse oculaire. Résultats éloignés de l'opération de Mules.** — J'ai pratiqué l'opération de Mules, l'inclusion dans la coque scléroticale éviscérée d'une boule de verre soufflé, un certain nombre de fois et avec les meilleurs résultats. Actuellement mes interventions sont pour la plupart de date ancienne et me permettent de porter un jugement d'autant mieux fondé sur cette opération. Ainsi, il y a deux ans, le 2 mai 1901, j'ai opéré de cette manière une femme, Mme F..., pour un glaucome absolu douloureux, rebelle à tous les moyens de traitement. Après avoir exécuté l'éviscération du globe je pratiquai l'inclusion d'une boule de verre aseptique de la manière ordinaire qu'il est inutile de rappeler. Aujourd'hui, après deux ans, le résultat reste parfait et la femme F... présente un moignon bombé, très mobile et qui n'est nullement douloureux. La prothèse sur ce moignon est excellente.

Cette observation permet de répondre à l'objection qui a été faite que les boules de Mules, ne demeuraient pas en place et qu'elles finissaient par s'éliminer comme un corps étranger accidentel. Cette élimination s'observe en effet, mais dans ce cas, il s'agit d'une faute opératoire, soit d'un défaut d'asepsie, soit encore une suture sclérale défectueuse. Il ne faut pas oublier, ainsi que je l'ai déjà dit à propos du même sujet, que l'écueil de l'opération de Mules est d'employer des boules de verre trop grosses et qui obligent à tirailler les fils de la suture sclérale. La boule de verre doit être choisie de telle sorte qu'elle joue librement dans la coque oculaire vidée, afin que l'affrontement des lèvres scléroticales se fasse aisément et que les fils de suture soient placés sans tiraillement. Il est inutile d'insister sur la rigueur absolue d'asepsie que nécessite une telle opération, asepsie qui doit porter surtout sur le corps étranger à introduire dans les tissus.

L'opération de Mules me paraît, d'après mon expérience personnelle basée sur des observations déjà anciennes, répondre à tous les besoins de la prothèse lorsqu'il s'agira *d'éviscération du globe*.

En sera-t-il de même lorsqu'on aura fait l'*énucléation*, c'est-à-dire lorsqu'il faudra inclure la boule de verre, non pas dans la coque sclérale, mais dans les tissus de l'orbite après ablation du globe, dans la capsule de Tenon? J'ai essayé aussi dans ces circonstances d'inclure les boules de Mules, mais avec des résultats

peu encourageants; je n'ai pas eu plus de succès d'ailleurs avec les corps organiques tels que des éponges, des sphères de charbon, du tissu osseux (têtes de fémur de jeune chien), ou des pelotes de fils de soie suivant la pratique de Bourgeois (de Reims). Je logeais mon corps étranger stérilisé à la place du globe énucléé et je fermais la plaie conjonctivale avec une suture en bourse ou mieux une suture à points coupés, toujours plus solide. Malgré ces précautions je voyais l'élimination se produire soit avec la boule de verre soit avec les autres substances solides. Je dois faire une exception toutefois pour l'éponge qui, taillée en sphère, ne s'élimine pas, si l'opération est aseptiquement faite, mais s'aplatit et finit par s'atrophier en quelque sorte de façon que le résultat obtenu du rembourrage du moignon ne se trouve pas atteint.

L'insuccès opératoire des cas ou j'employais ainsi des corps étrangers incompressibles, durs et de volume fixe, sphère de verre, d'os ou de charbon, et au contraire le bon résultat immédiat de ceux où je m'étais servi d'éponges, me donne à penser que l'échec d'une telle opération tient à ce que les corps inclus, sous la poussée des tissus de l'orbite, pressent sur les sutures qu'ils finissent par désunir. Le moyen d'éviter cet accident serait de renforcer la suture conjonctivale par une réunion des quatre muscles droits au devant du corps prothétique. Cette utile adjonction à l'énucléation est connue et pratiquée par de nombreux opérateurs. Oliver (de Philadelphie) l'a récemment appliquée dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire, après l'inclusion d'une sphère de verre dans la capsule de Tenon. Au moment de l'énucléation, les quatre muscles droits seront détachés avec soin après avoir été isolés de la conjonctive et retenus par un fil de catgut. On passera le même fil dans les muscles droits interne et externe, et dans les muscles droits supérieur et inférieur, puis les anses de ces fils sont rejetés sur le côté pour permettre à l'énucléation de se poursuivre. L'œil étant enlevé, on y substituera la sphère de verre, puis on nouera les fils de catgut qui ramènent au devant d'elle les quatre muscles droits ainsi soudés et formant deux sangles verticalement croisées. Il restera à réunir la conjonctive par des sutures entrecoupées à la soie, mais cette suture ne subira aucun effort de traction, ni aucune poussée, celle-ci étant arrêtée par la double sangle des muscles droits. Ainsi la réussite de l'inclusion d'une sphère solide après l'énucléation se trouvera assurée.

Il faut reconnaître que tout espoir d'une bonne prothèse n'est pas perdu, lorsque survient un échec après une opération de ce genre. La méthode de Gernusy ou plutôt celle des injections de paraffine sera toute indiquée pour rembourrer un moignon insuf-

fisant. Je l'ai employée avec succès, mais il faut avoir soin d'user d'une paraffine d'un point de fusion assez élevé sous peine d'avoir un coussinet conjonctival trop mou et déformable. Je me suis arrêté à la température de 50 à 55° comme étant la plus favorable à ce genre d'opération; un point de fusion plus élevé rend l'opération très difficile à bien réussir.

Néanmoins il sera toujours préférable d'essayer immédiatement après l'énucléation, l'inclusion d'une sphère de verre, avec la précaution indispensable de maintenir celle-ci sur la double suture des quatre muscles droits. Cette opération infiniment plus élégante est aussi celle qui donne la plus jolie prothèse; avec elle l'œil artificiel peut être réduit à une coque très légère.

MM. Morax et Manouélian. **Un cas de pseudo-actinomycose de la queue du sourcil.** — Le diagnostic de kyste dermoïde de la queue du sourcil ne donne lieu le plus souvent à aucune difficulté. Lorsqu'on sent au niveau de l'extrémité temporale du sourcil une petite tumeur dure, arrondie, du volume d'un pois ou d'une noisette siégeant sous la peau et plus ou moins adhérente au plan osseux par un pédicule fibreux, on pense de suite au kyste dermoïde surtout s'il s'agit d'une personne jeune qui raconte en outre que la petite tumeur existant depuis longtemps a subi depuis quelques mois un accroissement de volume assez marqué.

Toutes ces conditions étaient réunies chez une malade qui se présenta le 13 mai 1903 à la consultation d'ophtalmologie de Laribosière.

Observation. — Mme Cl..., âgée de 23 ans, habitant Aubervilliers a constaté depuis quelques années (elle ne peut préciser) l'apparition d'une petite tuméfaction au niveau de la queue du sourcil du côté gauche. Cette petite tumeur qui roule sous le doigt semble avoir subi un accroissement manifeste dans ces derniers mois, sans entraîner d'ailleurs de phénomènes douloureux ou inflammatoires. Actuellement la tumeur dure, indolore à la pression, a le volume d'une petite noisette. Elle est faiblement adhérente à la peau et paraît rattachée au plan osseux profond par un pédicule. On diagnostique un kyste dermoïde de la queue du sourcil et on propose l'opération immédiate avec anesthésie cocaïnique.

La malade accepte l'intervention qui est pratiquée aussitôt après anesthésie locale à la cocaïne.

L'incision cutanée fait pénétrer d'emblée dans le tissu de néoformation qui a une consistance dure, fibreuse et qui crie sous le scalpel. On l'isole facilement du tissu cellulaire environnant avec les ciseaux sans hémorragie appréciable. On place une suture

cutanée au crin de Florence et un pansement aseptique sec. La malade rentre chez elle. Au quatrième jour on enlève le fil; la réunion est parfaite et l'on ne sent plus rien d'anormal au niveau du sourcil.

Le 25 mai nous avons fait revenir l'opérée pour constater qu'il n'y avait aucune récidive.

Après l'ablation de la lésion, il ressortait nettement de l'examen macroscopique de la surface de section qu'il ne s'agissait nullement d'un kyste dermoïde ou sébacé. Le tissu était peu vasculaire, ne donnait pas de suc au raclage et nous pensions qu'il s'agissait peut-être d'un fibrome ou fibro-sarcome. La totalité de la pièce fut fixée dans le formol picrique puis incluse dans la parafine. Il ne fut malheureusement pratiqué ni inoculation, ni culture, car nous ne pensions pas qu'il put s'agir de lésions infectieuses.

Les coupes ont été colorées par différentes méthodes.

Examen histologique. — A un faible grossissement la tumeur présente un aspect irrégulièrement lobulé. Des lobules, formés par une agglomération de cellules traversées par quelques vaisseaux sont entourés et séparés par un tissu conjonctif assez dense qui se confond d'une part avec le tissu cellulaire sous-cutané et d'autre part avec les tissus profonds : le tissu cellulo-adipeux et les muscles.

Quelques-uns des lobules avoisinent directement le bord de la coupe du côté cutané. Il semble cependant qu'ils ont été enlevés complètement.

A un plus fort grossissement on reconnaît dans les lobules l'existence de plusieurs types d'éléments cellulaires. Le type le plus fréquent de ces cellules est constitué par des cellules volumineuses polyédriques à noyau ovulaire peu coloré et à protoplasme abondant : ce sont des cellules du type épithéloïde.

Quelques-unes de ces cellules sont beaucoup plus volumineuses et leurs noyaux sont disposés à la périphérie. Ce sont des cellules géantes dont les dimensions paraissent très supérieures à celles qu'on rencontre dans les lésions tuberculeuses.

En les examinant à un très fort grossissement (immersion homogène 1/12 et objectif 3) on constate dans la plupart de ces cellules géantes et au centre du protoplasme des formations particulières qui se présentent sous différents aspects.

L'un des plus fréquents est le suivant : ce sont de petites zones ovalaires plus claires que le protoplasme et simulant des vacuoles. Dans leur intérieur se reconnaît cependant une petite masse faiblement colorée. De ces zones claires partent des filaments en nombre variable et formant dans certaines cellules de véritables

étoiles que l'on pourrait comparer à de très volumineuses figures karyokynétiques. Ces éléments filamenteux se terminent en massue ou au contraire paraissent s'effiler. Ils semblent sortir d'une masse centrale commune n'ayant pas pris la couleur rouge.

A côté de ces cellules épithélioïdes et des cellules géantes on voit un certain nombre de leucocytes mononucléaires pour la plupart, infiltrant plus ou moins irrégulièrement les nodules inflammatoires.

Dans les vaisseaux du voisinage on constate un plus grand nombre de leucocytes polynucléaires qu'à l'état normal. L'infiltration périvasculaire est modérée.

Les cellules géantes renferment donc un parasite d'aspect très particulier et dont nous sommes réduits à donner les caractères morphologiques et les réactions aux substances colorantes.

Les filaments rayonnés qui se colorent fortement par la fuchsine basique ne prennent pas le Gram. On les retrouve facilement sur les coupes, mais ils n'ont conservé aucune trace de couleur. Ils ne résistent pas non plus à l'action des acides après coloration prolongée. Ils ne se colorent pas davantage par le bleu de méthylène ou la thimine.

Il s'agit donc d'une lésion inflammatoire à évolution chronique comme l'indique la présence des cellules géantes. La cause de ces lésions paraît résider dans la présence d'un parasite que l'on peut morphologiquement rattacher à la famille des streptothrix. Il n'y a en réalité aucune analogie avec l'actinomycose et si nous avons eu recours à cette désignation évidemment très critiquable, c'est que l'aspect rayonné des filaments inclus dans les cellules géantes fait penser tout d'abord à la disposition des filaments d'actinomycoses ou d'actinobactéries.

Les caractères de coloration de ce parasite (absence de coloration par la méthode de Gram) le différencient nettement des streptothrix actuellement connus.

MM. Morax et Manouélian. **Papillome volumineux et à développement rapide de la région prélacrymale.** — Nous avons tenu à vous soumettre les photographies et les préparations microscopiques d'une lésion cutanée très particulière dont le diagnostic était et reste encore fort embarrassant.

M. J... Jean, 43 ans, frotteur, est venu nous consulter le 18 mars 1903 à la consultation ophtalmologique de Lariboisière pour une tuméfaction de la commissure interne de l'œil droit contre laquelle le traitement d'un confrère serait resté impuissant.

Il s'agit d'une tumeur de l'étendue d'une pièce d'un sou, formant une saillie arrondie d'un demi-centimètre au moins au-devant du plan cutané avec un centre déprimé et même légèrement excavé. La couleur de la tumeur ne diffère pas beaucoup de la peau normale, mais tout autour de sa circonférence existe une légère injection des téguments. Cette circonférence ne dépasse pas la région cutanée située entre la caroncule et la base du nez. Au centre de la tumeur, la sonde cannelée pénètre à quelques millimètres de profondeur, mais ne fait découvrir aucune fistule en communication avec les tissus profonds.

Cette tumeur, qui préoccupe le malade plus qu'elle ne le gêne, est apparue sans aucune cause provocatrice vers la fin de février

Papillome de la région prélacrymale.

ou les premiers jours de mars 1903. Le malade ne peut fournir d'indications plus précises. Il existait au début un petit bouton rouge en forme de groseille et ne déterminant aucune sensibilité douloureuse. En une quinzaine de jours la tumeur prit le développement qu'on observe lorsqu'il se présente à notre examen et qui est reproduit très exactement par la photographie. Le 10 mars il a consulté un confrère qui aurait fait une cautérisation ignée et tenté un curettage. Le malade n'aurait constaté à la suite de cette intervention aucune modification manifeste.

Les antécédents du malade ne nous apprennent rien de précis qui puisse éclairer l'étiologie de cette singulière néoformation.

Ses parents sont morts il y a dix ans d'une affection pulmonaire. Il est marié et sa femme est robuste. Sur six grossesses, il

ne reste que deux enfants vivants, les deux premiers, actuellement bien portants.

En 1892, il y a eu une fausse couche, puis un enfant mort de méningite à 6 ans; un autre mort de méningite à 14 mois et enfin un enfant mort de bronchite à 16 mois. Le malade a eu une blennorragie à l'âge de 18 ans, mais il n'a présenté aucun symptôme attribuable à la syphilis. Il n'a jamais constaté de chancre.

Sa santé générale a toujours été bonne et il n'est jamais interrompu dans son métier assez pénible.

Ajoutons encore qu'il n'y avait aucune adénopathie, que la consistance de la tumeur était celle de la peau normale, sans aucune induration particulière.

Le malade demandait à être débarrassé de sa tumeur le plus rapidement possible; on lui proposa l'excision complète qu'il accepta. La tumeur fut circonscrite par une incision cutanée et détachée complètement du tissu cellulaire sous-cutané avec lequel d'ailleurs elle ne se continue pas. On réunit ensuite les lèvres de la plaie par quelques crins de Florence. L'opération est pratiquée le 19 mars, et le 29 le malade quitte le service; à l'exception d'une petite zone centrale, la plaie est complètement fermée. Le 19 avril on note au niveau de l'excision une légère cicatrice indurée faisant une très faible saillie. Il n'y a aucune récidive, pas de lésions de voisinage. Les ganglions sous-maxillaires et préauriculaires ne sont pas perceptibles à la palpation. Nous avons revu le malade en mai. Son état est resté le même et il n'a présenté aucun trouble.

Pour établir le diagnostic il a été fait une inoculation au cobaye et des examens microscopiques de la tumeur.

L'inoculation d'un fragment de tumeur sous la peau de l'abdomen d'un cobaye n'a provoqué ni ulcération, ni adénopathie. Le cobaye a été sacrifié deux mois après l'inoculation. Il ne présentait aucune lésion viscérale. Il ne s'agissait donc pas de tuberculose.

Quant à l'examen histologique, il a été pratiqué sur les fragments de la tumeur fixés dans le liquide de Borrel et le liquide de Gilson, puis inclus dans la paraffine.

Sur une coupe perpendiculaire à la surface du papillome, on constate que le tissu pathologique est formé par un bourgeonnement à contours déchiquetés de l'épithélium malpighien. L'interstice des déchiquetures est occupé par un tissu peu coloré constitué par des fibrilles conjonctives et par des mononucléaires à noyau fortement basophile. On y constate également des lymphatiques et des vaisseaux pourvus de paroi propre. On ne voit nulle part de cellules géantes.

Le tissu de néoformation est constitué par de grandes cellules polyédriques dont le noyau clair possède un ou plusieurs nucléoles fortement colorés. Le protoplasme des cellules polyédriques est séparé des cellules contiguës par des interstices clairs traversés par les dentelures des cellules. Entre les cellules épithéliales on constate un assez grand nombre de polynucléaires et des noyaux sans protoplasme apparent.

A la périphérie de la lésion, on voit des fibres musculaires striées qui marquent la zone des tissus non envahis par le protoplasme. Les zones contiguës de ce tissu musculaire sont infiltrées de polynucléaires et de mononucléaires. Entre la périphérie du tissu épithélial et de cette zone musculaire, il existe une zone d'infiltration cellulaire assez développée.

Dans les prolongements inter-épithéliaux on constate la présence de quelques fibres d'élacine.

Plus on se rapproche des zones externes de la néoformation, plus les travées de l'épithélium malpighien qui le constituent renferment d'éléments chargés d'éléidine ou en voie de kératinisation. On constate dans ces zones un grand nombre de formations perlées dans l'épaisseur des travées épithéliales.

En résumé, il s'agit d'une néoformation que l'on peut ranger dans le type papillome. Le tissu néoformé ne renferme que de rares figures karyokinétiques.

CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

(4-7 mai 1903)

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite. — M. LAGRANGE, *rapporteur*. — Les tumeurs intra-oculaires éliminées, l'auteur étudie :

1° Les tumeurs du nerf optique;

2° Les tumeurs des organes contenus dans l'orbite;

3° Les tumeurs des parois orbitaires ou celles venues du dehors.

Au point de vue symptomatologique, il étudie deux périodes dans la tumeur : dans une première il y a simplement exophtalmie, dans la seconde, la tumeur apparaît.

Le diagnostic de la tumeur est extrêmement important, et l'auteur étudie le diagnostic différentiel entre les tumeurs kystiques, vasculaires, les ostéomes, fibromes, lymphomes, carcinomes.

Le traitement est essentiellement chirurgical et l'ablation peut se faire par les parties molles (trois voies transpalpébrale, transconjonctivale, transpalpébro-conjonctivale.

Dans d'autres cas, il faut traverser l'os (opération de Krœnlein) et l'auteur décrit la méthode de Gussenbauer.

L'exentération de l'orbite est étudiée avec soin; elle peut être sous-périostée, sous-conjonctivale et avec clôture plastique.

Dans la dernière partie de son rapport l'auteur étudie le mode de traitement de chaque groupe de tumeurs : tumeurs du nerf optique (opération de Krœnlein, de Lagrange), kystes congénitaux ethydatiques (extirpation), angiomes de l'orbite (électrolyse), etc., etc.

M. Galezowski suivant l'opinion des maîtres Nélaton, Velpeau, recommande de toujours faire le traitement antisyphilitique dans les cas de tumeurs de l'orbite avant d'intervenir.

MM. Terson et Valude félicitent le rapporteur.

M. Valude fait remarquer qu'il y a des cas ou la tumeur ne se manifeste pas comme premier symptôme par de l'exophtalmie, par une altération de la faculté visuelle, ou par une paralysie musculaire. Le diagnostic dans ces cas est intéressant. La ponction exploratrice pourra éclairer souvent le diagnostic.

M. Morax insiste sur la difficulté que présente le diagnostic dans bon nombre de cas.

Contribution à l'étude des tumeurs épibulbaires malignes, par M. Colomb (Genève). — L'auteur apporte trois cas de tumeurs malignes (un épitholioma au début, un carcicome et un angio-papillome) dans lesquelles l'excision, le raclage ou mieux la cautérisation pratiqués au début ont donné de bons résultats.

Dans le premier cas (épithéliome) après trois ans il n'y a pas eu de récidive.

Chirurgie ophtalmologique du sinus frontal, par M. Valude (Paris). — Les sinusites frontales observées par les ophtalmologistes étant enkystées sans tendance infectieuse, leur traitement peut être simplifié. Il consistera dans l'ouverture au niveau de l'orifice spontané orbitaire, avec ou sans curettage, de l'orifice et de l'intérieur du sinus. Il faut rejeter le drainage fronto-nasal concomitant, et en cas d'insuccès recourir aux méthodes radicales (opération de Kuhnt).

M. VACHER trouve cette méthode tout à fait insuffisante.

M. KALT pense qu'on peut pratiquer le cathétérisme du sinus frontal, et recommande comme M. Valude l'incision au niveau de la tête du sourcil.

Cylindrome de la glande lacrymale. Opération de Krœnlein, par M. MOISSONIER (Tours). — Il s'agit d'une femme de 42 ans présentant une tumeur au niveau de la glande lacrymale. La marche est lente et tous les traitements sont donnés en vain. Opération de Krœnlein, succès immédiat, mais quatre mois après récidive au côté interne du bord supérieur de l'orbite. La tumeur est de la grosseur d'une noix, et n'adhère pas aux tissus voisins. L'examen histologique pratiqué indique un épithélioma de dégénérescence hyaline.

M. GALEZOWSKI insiste sur la rareté relative des tumeurs de la glande lacrymale, et fait remarquer que très souvent, il arrive que les lésions occupent les tissus qui entourent la glande lacrymale et compriment la glande. Ces tumeurs prennent quelquefois de l'extension sur les tissus cellulaires profonds de l'orbite et repoussant le globe rendent le diagnostic difficile. En voici une observation intéressante :

M..., 38 ans, vient consulter pour une exophtalmie gauche. Six ans auparavant il a reçu un coup de couteau sur la paupière du côté temporal. Il est syphilitique.

Le diagnostic est difficile et j'adresse le malade à mon maître et ami le prof. Tillaux, qui répondit: « J'hésite entre lipome et kyste préglandulaire lacrymal, je ne crois pas qu'il s'agisse d'une tumeur syphilitique ».

Le prof. Tillaux enleva la tumeur en ma présence. Il s'agissait d'un kyste développé près de la glande lacrymale qui fut aussi enlevée. On trouva dans ce kyste des cellules épithéliales, des éléments hyaloïdiens et une masse graisseuse gélatiniforme. La glande était atrophiée. Le malade guérit sans qu'on ait eu besoin de recourir à l'opération de Krœnlein.

Décollement de la rétine et paludisme, par M. TERSON (Toulouse). — Les auteurs qui ont étudié les troubles oculaires d'origine palustre (Poncet, Teillais, Nuel, Raynaud) n'ont pas signalé le décollement de la rétine. Il est probable que cette lésion existe chez des sujets paludéens.

L'auteur en rapporte deux observations chez des sujets contaminés l'un en Chine, l'autre en Algérie. Dans un cas, il existait une myopie de 4 dioptries sur l'œil atteint de décollement; dans l'autre, la réfraction et l'acuité visuelle étaient normales. L'auteur

demande si l'on peut admettre un décollement rétinien d'origine palustre.

M. GALEZOWSKI. — Il est indéniable que le décollement de la rétine, sa pathogénie et son traitement sont l'un des problèmes les plus difficiles que nous ayons à résoudre actuellement. Il existe des causes prédisposantes de décollement : la myopie, la syphilis et peut-être le paludisme. Mais le traumatisme est la cause la plus fréquente.

Dans l'œil myope, en effet, comme cela a été démontré par mon élève, le Dr Sigal, les fibres de la zonule de Zinn sont naturellement moins résistantes, et il suffit d'un traumatisme pour déchirer le ligament suspenseur et subluxer le cristallin. Je pratique l'aspiration du liquide et la galvano-cautérisation de la partie déchirée de la rétine et de la choroïde. J'ai obtenu ainsi de bons résultats.

M. SULZER. — J'ai observé des paludéens qui présentaient des troubles du corps vitré avec une faible perception lumineuse.

M. PÉCHIN. — Les observations de M. Terson ne sont pas absolument concluantes. J'ai apporté ici il y a quelques années, une observation d'iritis double d'origine paludéenne.

M. TEILLAIS a observé un cas de décollement rétinien double chez un enfant atteint de coqueluche.

M. LAGRANGE. — Les cas de M. Terson rentreraient dans les cas de décollements consécutifs à des choroïdites infectieuses.

Lymphocytose rachidienne et affections oculaires, par DE LAPERSONNE. — Voir page 316 de ce numéro.

M. GALEZOWSKI remercie M. de Lapersonne d'avoir appelé l'attention sur les relations qui existent entre les méningites spinales et les troubles oculaires. La lymphocytose et l'extraction du liquide rachidien confirment le diagnostic et facilitent la guérison.

Il ajoute : les affections oculaires dans les méningites spinales sont relativement plus fréquentes qu'on ne croit. M. de Lapersonne parle de méningites tuberculeuses ou syphiliques. J'ai étudié de mon côté dans ces derniers temps les accidents oculaires dans les méningites cérébro-spinales gonococciques et j'étais frappé de la gravité de ces accidents que rien ne fait rapporter au début à la blennorragie ancienne ou récente.

On connaissait depuis longtemps des iritis blennorragiques, des irido-choroïdites (rares), mais les traités classiques n'indiquaient pas les accidents méningitiques, cérébraux et spinaux qui peuvent évoluer sous l'influence d'un empoisonnement de l'organisme par le virus gonococcique. Chez certains individus atteints d'arthrites multiples, j'avais observé des complications oculaires graves : iritis à hypopyon, irido-choroïdites, névrites optiques

avec paralysie de la 6e paire. Ces symptômes étaient tellement graves et si caractéristiques d'une complication cérébro-spinale que j'en devais rechercher la cause dans une intoxication générale de l'organisme; et chez quelques-uns de ces malades j'ai trouvé les signes non douteux d'une méningite cérébro-spinale; chez l'un d'eux, j'ai pratiqué une ponction lombaire et le liquide céphalo-rachidien n'a rien révélé d'anormal (ni leucocytose ni gonocoques).

J'ai observé plusieurs cas de névrite optique avec hémorragies que je ne pouvais rapporter qu'à la méningite blennorragique. La planche que je vous présente donne une idée très nette de la relation qui existe entre l'œil et la méningite cérébro-spinale gonococcique.

Ce sont là des faits peu connus que quelques auteurs seulement ont signalés.

GRASSET dans sa remarquable étude sur les *myélites infectieuses* présentée au Congrès de Bordeaux de 1885, laissant de côté la syphilis et la tuberculose dit ensuite :

1° Toutes les infections paraissent pouvoir engendrer des maladies de la moelle, et plus fréquemment des myélites diffuses, en foyers ou en plaques;

2° Les microbes agissent-ils sur la moelle par eux-mêmes ou par leurs toxines? On ne peut le dire, mais les infections par les streptocoques, les staphylocoques et les colibacilles sont le plus souvent cause de la myélite.

Grasset se basant sur quelques observations de Barrier, de Hayem, admet l'existence de la myélite post-blennorragique.

Dans ces cas quelle est la relation entre l'œil et la moelle épinière? On n'a pu encore l'établir.

Pour ma part, j'ai vu depuis quelques années, des malades présentant, d'une part, des accidents inflammatoires des méninges cérébro-spinales et des accidents oculaires semblables à ceux de la gononoccie. Dans ce nombre je classe : 1° des iritis; 2° des irido-choroïdites avec ou sans buphtalmie ou panophtalmie; 3° des névrites et périnévrites optiques dues à une intoxication blennorragique.

C'est donc, à mon avis, contre cette cause générale qu'il faut diriger la thérapeutique sans recourir à la ponction lombaire.

M. AUBINEAU. — J'ai fait la ponction lombaire après traitement mercuriel dans un cas de papillite avec troubles cérébraux. L'amélioration qui suivit ne dura pas, et j'ai fait pratiquer une craniectomie extra-durale.

M. CARRA. — Je crois que ces explorations doivent être réservées et ne peuvent être du domaine du praticien.

M. CHAILLOUS. — La ponction lombaire n'est pas dangereuse. J'en ai vu pratiquer plusieurs centaines dans le service de M. Babinski, sans aucun incident.

M. DE LAPERSONNE. — Je n'ai jamais vu d'accidents graves à la suite de la ponction lombaire, et je pense que cette méthode peut nous éclairer dans le diagnostic étiologique des affections oculaires.

Statométrie oculaire. Ophtalmomètre exorbitaire, par M. AMBIALET (Marseille). — Voir page 318 de ce numéro.

M. GALEZOWSKI. — Le hasard a voulu qu'un de nos confrères polonais, le Dr Szymanowski, attaché au service du chemin de fer transsibérien se trouva chargé de donner des soins à la population mandchourienne et chinoise. Il fut frappé de la conformation particulière de l'orbite chez ce peuple. « Leurs yeux, dit-il, dans la lettre qu'il m'écrivit, sont fortement projetés au dehors et saillants » et il me demandait de lui envoyer un appareil pour mesurer la profondeur de l'orbite. Je n'en connaissais aucun alors; l'appareil du Dr Ambialet répond à sa demande. Il est en effet très utile de mesurer parfois la saillie oculaire et la profondeur de l'orbite. Ces mesures varient avec les races à l'état physiologique, et dans l'état pathologique quand on se trouve en présence d'affections cérébrales, vasculaires, d'exophtalmie, etc.

Colobome du tractus uvéal et luxation du maxillaire inférieur dans l'orbite du même côté. Examen anatomique, par M. F. TERRIEN (Paris). — Voir page 328 de ce numéro.

Recherches histologiques sur le xanthélasma des paupières, par M. VILLARD (Montpellier). — Voir page 329 de ce numéro.

Du benzoate de lithine dans le traitement des taies de la cornée, par M. MAZET (Marseille). — Voir page 330 de ce numéro.

M. PARENT. — A-t-on fait l'examen clinique de ces dépôts cornéens. N'y avait-il pas eu un traitement par l'acétate de plomb.

M. MAZET. — De nombreux auteurs ont fait ces examens et je ne pense pas que mes malades aient été traités par des solutions d'acétate de plomb.

Suite grave de la cure radicale du chalazion chez une hémophile, par M. CARRA. — Il s'agit d'un cas intéressant de cure radicale de chalazion compliqué d'hémorragie grave. L'observation rapportée par notre confrère est très complète, car il a pris

soin de pratiquer l'examen du sang dont la mauvaise qualité (pseudo-fibrine, leucocytose, poikyleucocytose) explique l'état constitutionnel de la malade. Les antécédents héréditaires et personnels de la malade étaient aussi dans le sens d'une diathèse hémophile.

La sensibilité de la cornée dans les kératites interstitielles, par M. GOLESCÉANO (Paris). — Dans 29 observations de kératites interstitielles, l'auteur a trouvé avec un aspect scléreux ou tendineux de la cornée l'insensibilité de cette membrane ainsi répartie : la cornée est insensible soit au centre, soit dans les segments supérieur et inférieur, le centre étant normal. Il faut éviter de traumatiser la membrane dans la recherche de ce symptôme.

Contribution à l'étude des troubles oculaires dus à l'emploi du sublimé, par M. PRIOUX (Reims). — Il s'agit d'un cas de cataracte simple opéré qui fut compliqué d'une infiltration presque totale de la cornée sans que la chambre antérieure se soit reformée. Notre confrère attribua ces accidents à l'usage d'une solution de sublimé au lieu de la solution de cyanure qu'il avait prescrite. On changea la solution, la chambre antérieure reparut et une iridectomie optique fut pratiquée.

M. PARENT considère comme dangereux l'emploi des antiseptiques après l'ouverture de la chambre antérieure. Le cyanure d'hydrargyre à 1 p. 1,000 même doit être proscrit.

Nouveau procédé pour le tatouage de la cornée, par M. ARMAIGNAC (Bordeaux). — L'instrument de M. Armaignac permet de faire le tatouage en quelques minutes. Il se compose d'un entonnoir qui se place sur la cornée et que l'auteur a appelé guide-aiguille à tatouer. Un masque métallique permet de le fixer solidement.

Le petit orifice de l'entonnoir est garni de pointes qu'on enfonce dans la cornée et on a ainsi très nettement délimité le champ sur lequel on doit agir. L'instrument existe en trois grandeurs : 4 millimètres, 5 millimètres et 10 à 11 millimètres.

La maturation artificielle de la cataracte, par M. FAGE (Amiens). — La maturation artificielle de la cataracte est parfois utile, et il existe deux méthodes : l'une ouvre le cristallin (discission), l'autre provoque la cataracte par le massage. M. Fage incise la capsule et masse l'œil sans exciser l'iris (procédé mixte). Il prétend éviter ainsi les risques de la discission classique.

M. GALEZOWSKI. — Je me demande si les avantages de cette

maturation artificielle contrebalancent suffisamment les inconvénients et les dangers auxquelles elle expose l'œil opéré immédiatement ou dans un avenir plus ou moins rapproché.

Mes recherches statistiques me montrent que des irido-choroïdites, des iritis avec des cataractes secondaires, des décollements sont extrêmement fréquents, et je n'hésite pas à condamner cette méthode d'une façon absolue. M. Galezowski apporte l'observation d'une jeune fille myope opérée par discission et massage, puis consécutivement de décollement rétinien partiel avec irido-choroïdite.

M. VACHER est partisan de la maturation de la cataracte.

M. JOCQS a indiqué un procédé de maturation expérimenté d'abord chez l'animal.

M. FAGE est partisan de la maturation artificielle.

Un cas de kyste séreux de l'orbite, par M. COSSE (Tours). — Il s'agit d'une malade âgée de 72 ans sans aucun antécédent familial, mais ayant subi plusieurs traumatismes sur la région orbitaire gauche et atteinte d'exophtalmie à marche lente de l'œil gauche. On remarque deux tuméfactions l'une au niveau de la glande lacrymale, l'autre vers la région temporale. La ponction donne du liquide. Opération de Krœnlein. Il s'agissait d'un kyste séreux lacunaire développé en plein tissu conjonctif.

Sur un cas d'atrophie papillaire brusque consécutive à des hémorragies, par M. CHEVALLEREAU (Paris). — Une femme de 38 ans après des hémorragies utérines abondantes fut atteinte de cécité absolue des deux yeux. Les cas de ce genre sont rares, vingt-cinq cas en tout. Les papilles étaient atrophiées. Des autopsies pratiquées dans d'autres cas ont montré un rétrécissement considérable du calibre des petites artères.

M. A. TERSON a observé quelques cas de ce genre. Il s'agit d'une cause physiologique mécanique. On devrait faire une injection d'urgence de sérum artificiel.

Hématomes spontanés récidivants de l'orbite, par M. PETIT (Rouen). — Les hématomes spontanés sont rares, il en existe quinze cas dans la littérature. L'auteur en apporte deux observations chez des néphritiques. La terminaison fut favorable dans les deux cas. D'après M. Petit, l'hémorragie est d'origine artérielle ou veineuse.

M. GALEZOWSKI. — J'ai observé un cas ou il y eut un hématome intra-oculaire plusieurs mois après le traumatisme.

(*A suivre.*)

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

(Mars, avril et mai 1903)

Les infections graves de la cornée et la perforation précoce de la membrane de Descemet, par le Dr A. COLOMB. — Dans son travail, l'auteur pose la question suivante : « Peut-il y avoir, dans les kératites à hypopion, en particulier dans les ulcères graves à forme serpigineuse, peut-il y avoir perforation précoce de la membrane de Descemet, en d'autres termes, perforation de cette membrane et des couches profondes de la cornée, alors que les couches moyennes et immédiatement sous-jacentes à l'ulcère se trouvent encore indemnes ou sans solution de continuité ? »

L'auteur est avec Verdese pour l'affirmative, mais pour lui la perforation précoce ne dépend nullement de la présence de tel ou tel agent microbien, car on la trouve aussi bien dans les ulcères serpigineux typiques à pneumocoques que dans les ulcères atypiques à pneumocoques ou à streptocoques.

La perforation se fait-elle de la cornée vers la chambre antérieure ou inversement? Pour l'auteur, contrairement à l'opinion de Fuchs et d'Elschnig, elle a lieu de dehors en dedans et le principal agent en est l'abcès postérieur qui communique avec le foyer superficiel par un petit canal.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° La perforation précoce et l'infiltration profonde de la cornée qui n'est qu'un stade intermédiaire du même processus, sont fréquentes dans les kératites infectueuses.

2° La perforation a lieu de dehors en dedans, de la cornée à la chambre antérieure et l'abcès profond a dû en être l'agent principal.

3° L'état glaucomateux semble n'avoir que peu d'influence sur le processus.

Des hémorragies intra-oculaires dites essentielles, par les Drs Scrini et Bourdeaux. — Les hémorragies dites essentielles sont celles qui surviennent en général chez des jeunes sujets de 12 à 25 ans environ et dont la *cause réelle* demeure inconnue. Il faut donc éliminer de ce cadre les extravasations sanguines qui pourraient relever nettement soit d'une maladie locale, chorio-rétinites; soit d'une affection générale hémorragipare, diabète, albuminurie, syphilis, etc., soit de troubles cardio-vasculaires.

C'est à Helmholtz, en 1851, que remonte l'histoire des hémophtalmies; en effet, avant la découverte de l'ophtalmoscope, le sujet était peu connu. L'hémorragie dite essentielle est plutôt rare, puisque dans la statistique de l'Hôtel-Dieu on rencontre à peine un ou deux cas par an sur 5,000 malades. Elle atteint de préférence le sexe masculin ce qui prouve l'action nulle de la menstruation et de ses troubles sur la pathogénie des accidents; le plus souvent les deux yeux sont atteints.

La question de l'origine du sang est bien étudiée par les auteurs. D'abord dans quelle région se fait l'hémorragie? En général le sang vient de la rétine ou de la choroïde et plus particulièrement des parties antérieures de l'ora serrata.

Quels sont les vaisseaux qui fournissent le sang? En général on incrimine les veines : « les hémorragies chez les jeunes sujets dit, Panas, sont veineuses, celles des personnes âgées, artérielles ». En effet les artères se rompent rarement sans lésions préalables de leurs parois et ces lésions sont rares dans les hémorragies dites essentielles; la paroi veineuse moins résistante, moins élastique cède plus facilement à une congestion intense et se rompt, d'autant que bien souvent ses parois sont atteintes de vasculite.

L'hémorragie paraît se faire par rupture vasculaire plutôt que par diapédèse, opinion formulée par Abadie.

En ce qui concerne *l'étiologie,* rien de bien net. Ce n'est ni la puberté qu'il faut incriminer ni la constipation et la dyspepsie. Cependant il ne faut pas éloigner d'emblée la puberté avec son cortège symptomatique dont le plus important est l'hypercardie juvénile incriminée par Panas et Sulzer. On a incriminé encore l'oxalurie et la phosphaturie, la fièvre intermittente, l'hypertension, l'albuminurie cyclique, la leucémie, l'empoisonnement chronique par l'oxyde de carbone. La cause réside très certainement dans l'altération des parois vasculaires mais les divergences se présentent dans l'interprétation de la cause de ces lésions; cependant dans bien des cas l'hérédo-syphilis est en cause. Parmi toutes ces hypothèses l'éclectisme semble de mise et les auteurs admettent la théorie de Panas qui attribue ces hémorragies dites essentielles à une intoxication endogène qui agirait d'une façon continue ou intermittente par des toxines qui iraient porter leur action néfaste sur les parois vasculaires, sur le sang, sur le cœur et le système lymphatique. L'origine de ces toxines serait imputable soit à l'évolution organique défectueuse de la puberté, soit à une infection : rhinite chronique, dyspepsie, alcoolisme, syphilis.

Le *pronostic* est à réserver en raison d'abord des récidives, en outre par la persistance de plaques d'atrophie choroïdienne qui gênent la vision périphérique ou encore par la présence

de prolifération intra-vitréennes avec décollement consécutif.

Le *traitement* général est surtout important : quinquina, tanin, ergotine, limonade citrique. Localement les injections sous-conjonctivales de solutions salées peuvent rendre des services.

Cette question si intéressante des hémorragies dites essentielles a été parfaitement étudiée par MM. Scrini et Bourdeaux. Nous regrettons qu'ils n'aient pas insisté plus longuement dans leurs études sur les rapports de ces hémorragies avec le paludisme. Nous nous rappelons avoir constaté à Madagascar des hémophtalmies chez des jeunes sujets paludéens et le Dr Bassères en cite quelques cas dans son travail sur le paludisme oculaire.

Trachome et ophtalmie purulente en Egypte, par le Dr JACOVIDÈS.

Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales, par F. DE LAPERSONNE et A. ROCHON-DUVIGNEAUD. — Nous renvoyons nos lecteurs à l'étude de ce rapport présenté au Congrès de Madrid et qui résume très parfaitement nos connaissances sur ce sujet.

Au point de vue du traitement, les auteurs distinguent les formes suivantes :

A. *Formes chroniques.* — 1° Larmoiement simple sans reflux de liquide à la pression du sac;

2° Larmoiement avec reflux à la pression, mais sans ectasie appréciable du sac;

3° Ectasie du sac : *a*) réductible à la pression avec écoulement de mucus par les points lacrymaux ou l'orifice inférieur du canal nasal; *b*) irréductible, mucocèle;

4° Dacryocystite chronique chez les malades atteints de lupus des fosses nasales;

5° Tuberculose du sac lacrymal;

6° Fistules lacrymales simples, sans fongosités ni lésions osseuses;

7° Fistules lacrymales compliquées, avec fongosités, lésions osseuses, adénites de nature généralement tuberculeuse.

B. *Formes aiguës.* — 1° Dacryocystites aiguës, phlegmons péricystiques consécutifs à un état chronique antérieur;

2° Dacryocystite aiguë primitive.

Recherches sur la structure des lobes optiques du pigeon, par le Dr COSMETTATOS (d'Athènes). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : « Les lobes optiques sont reliés à presque

toutes les parties du système nerveux, à savoir : au cerveau terminal par le vaisseau strio-mésencéphalique; entre eux, par la commissure postérieure; au bulbe par les deux tractus tecto-bulbaires croisé et non croisé ou superficiel; au cervelet, par le tractus tecto-cérébelleux, et à la moëlle, par les fibres du vaisseau longitudinal postérieur. »

Deux cas de paralysie isolée de la VI^e^ paire consécutive à des traumatismes crâniens chez des enfants, par le D^r^ Le Roux (de Caen). — Se rapporter au numéro d'avril du *Recueil*, p. 234, où l'analyse de ce travail a été faite par nous.

ANALYSE DE LA « CLINICA OCULISTICA »

Par le D^r^ BEAUVOIS

(3^e^ trimestre 1902. — 1^er^ trimestre 1903).

Tuberculose atténuée de l'iris, par le D^r^ Calderaro (décembre 1902). — L'auteur rappelle ses études antérieures sur la tuberculose de l'iris (voir *Clinique oculistique*, février 1902) et la gravité des formes qu'il a décrites. Il veut aujourd'hui indiquer des formes de tuberculose irienne qui aboutissent à la guérison spontanée.

Parinaud, Haab, Haensell, Epéron ont publié des cas de ce genre avant 1890. Van Duyse et Knapp ont montré d'autre part qu'en introduisant des produits tuberculeux dans la chambre antérieure de l'œil, on déterminait des tuberculoses iriennes stationnaires qui finissaient par disparaître lentement. C'est Leber surtout qui a appelé l'attention des spécialistes sur cette forme de tuberculose irienne que Liebrecht avait déjà dénommée tuberculose atténuée (Congrès de Heidelberg, 1891). La nature tuberculeuse de semblables lésions fut niée par Horner, Michel, Vassius. Van Duyse et Calderaro au contraire soutiennent qu'il s'agit bien de tuberculose.

A l'appui de cette thèse l'auteur apporte deux observations inédites, et termine par les conclusions suivantes :

1° La tuberculose de l'iris dans 85 p. 100 des cas est secondaire à d'autres lésions de même nature préexistantes dans l'organisme. Dans 15 p. 100 des cas elle est due à une localisation primitive sur l'iris survenue à travers la surface cornéenne.

2° La tuberculose de l'iris se présente sous deux modes divers :

l'un grave qui aboutit à la perte de l'œil et de l'individu bien souvent, l'autre, appelée atténuée, qui est susceptible de guérison spontanée.

3° Il n'existe pas de caractères cliniques ou anatomiques ou expérimentaux qui peuvent faire distinguer ces deux formes. Seul le cours de la maladie établit le diagnostic.

4° La tuberculose de l'iris se présente sous trois formes cliniques diverses :

a) La tuberculose miliaire;

b) La tuberculose conglommérée;

c) La tuberculose infiltrée.

La forme atténuée prend l'aspect miliaire.

5° Le pronostic est toujours grave pour l'œil, réservé pour l'individu car dans la moitié des cas on a constaté la mort.

6° Le pronostic *quond vitam* est amélioré par l'énucléation.

7° La thérapeutique doit être expectante jusqu'à ce qu'il existe la possibilité de conserver un degré de force visuelle ou un aspect esthétique satisfaisant.

8° L'atténuation de la tuberculose de l'iris, ne dépend pas de la diminution de virulence du bacille spécifique, mais de la résistance organique de l'individu.

Prophylaxie de l'infection de l'œil, surtout dans les professions exposées aux blessures. *Contribution à l'extirpation du sac lacrymal*, par le prof. Th. AXENFELD (février 1903). — L'auteur ne veut pas s'occuper du danger d'infection qui provient d'une désinfection insuffisante de la plaie, des mains, etc., mais des complications qui peuvent venir des paupières, de la conjonctive, des voies lacrymales ou de conditions locales spéciales à l'œil.

Lorsque la conjonctive est saine, les chances d'infection sont rares si la plaie est bien nettoyée et si ses bords sont adhérents. Mais ici se place l'importante question du bandage compressif. On sait que celui-ci a des adversaires acharnés, et le prof. Axenfeld se range parmi eux. Il recommande la « medicatura all' aperto » dont il vante les avantages. Il suit l'opinion des maîtres de l'école de Vienne qui placent un grillage de fil de fer sans comprimer l'œil. Il se base pour cela sur la conduite qu'on tend à adopter pour les opérations de cataracte.

Lorsque la conjonctive est malade il convient d'en entreprendre la guérison avant de tenter une opération sur l'œil. De même pour les voies lacrymales qui sont une source de nombreuses complications. Il va même jusqu'à proposer dans ces cas, l'extirpation du sac lacrymal. Il reconnaît bien que les méthodes de traitement

ordinaire (massage, injections, sondages) peuvent donner de bons résultats, mais elles ne sont pas sûres.

Le prof. Axenfeld à modifié peu à peu sa technique opératoire qu'il expose avec soin.

Sur 270 extirpations de sac lacrymal pratiquées en trois ans à Rostock, il n'observa que deux cas de kératite à hypopyon.

L'importance du travail du prof. Axenfeld qui tend à introduire en chirurgie oculaire des procédés nouveaux ne pouvait passer sans protestation.

Le prof. Cirincione fait donc suivre la communication du professeur de Fribourg d'un commentaire dans lequel il déclare, avec discussion, que la médication à ciel ouvert ne correspond à aucune indication sérieuse, qu'elle constitue à son avis un recul et un danger pour l'œil opéré, sans apporter aucun avantage.

En ce qui concerne l'extirpation du sac lacrymal, le prof. Cirincione la considère comme un sacrifice pas toujours nécessaire. Les injections et le sondage auront la plupart du temps raison des affections les plus rebelles.

Un cas d'extraction d'un éclat de fer dix mois après sa pénétration dans le vitré (*Paralysie réflexe traumatique de la pupille et de l'accommodation*), par le Dr Basso (mars 1903). — Il s'agit d'un mécanicien qui fut blessé à l'œil et qui guérit en peu de jours. L'existence d'un corps étranger dans l'œil ne fut pas reconnue et ce n'est qu'en s'apercevant que sa vue diminuait que le malade se décida à consulter. Le sidéroscope d'Asmus modifié par Hirschberg permit de reconnaître un corps étranger métallique et à le localiser. L'opération fut pratiquée et l'éclat de fer enlevé.

Ce fait clinique permet à l'auteur de conclure :

1° Que les éclats de fer localisés dans le vitré peuvent être enlevés longtemps après la blessure (voir l'explication donnée par Leber).

2° Ici, si l'extraction avait été plus hâtive, on eut évité la désorganisation de la rétine, même si l'éclat était aseptique; comme il a par son action chinique, pour effet d'irriter les tissus, l'extraction s'imposait.

3° Le diagnostic sidéroscopique est un moyen précieux de localisation du corps étranger. On aurait pu employer l'aimant de Haab ou de Hirschberg, mais outre la difficulté qu'il y a à graduer la force de l'aimant et à diriger l'évolution du corps métallique, la méthode de Hirschberg est accusée de provoquer des décollements rétiniens.

L'auteur termine son observation par quelques considérations sur la paralysie de l'accommodation.

Inflammation aiguë bilatérale symétrique des glandes de Krause, par le prof. GASPARRINI. — L'auteur rappelle une observation semblable du Dr Calderaro (*Clin. ocul.*, juin 1902).

Dans les deux cas, les symptômes observés furent les suivants : douleur vive à la partie externe de la paupière; céphalée intense, anorexie, constipation et fièvre élevée précédée et accompagnée de violents frissons. Mais ces symptômes sont aussi ceux de l'inflammation aiguë de la glande lacrymale. En voici d'autres qui permettent le diagnostic différentiel. L'inflammation de la portion palpébrale de la glande lacrymale, la tuméfaction œdémateuse de la paupière et de la conjonctive est également intense, mais la dureté qui de bonne heure envahit le segment palpébral externe est plus aplatie et se prolonge vers le bord orbitaire sans être mobile avec la paupière. Dans l'inflammation des glandes de Krause la tuméfaction est plus petite, adhère au bord postérieur de l'orbite, ne rejoint pas le sillon du bord osseux de l'orbite et est mobile avec la paupière. Le siège de ces glandes diverses explique tout cela.

Expériences pratiquées dans le service ophtalmologique de l'« Ospedale maggiore » de Milan avec le somnoforme du Dr Rolland et l'éther chloraté du Dr Henning, par le professeur DENTI (avril 1903). — L'auteur conclut de sa pratique que le somnoforme ne présente aucune contre-indication, et correspond bien à toutes les interventions du domaine de l'ophtalmologie. Il rappelle à ce sujet les travaux du prof. Lagrange, de Bordeaux, et est d'accord avec lui sur ce nouvel anesthésique.

Quant à l'éther chloraté du Dr Henning, le prof. Denti l'a employé dans six cas avec de meilleurs résultats encore que le somnoforme.

A propos de la prophylaxie de l'infection des yeux (Réponse du prof. AXENFELD au prof. CIRINCIONE). — Le prof. Axenfeld revient sur cette importante question. Il rappelle les travaux du Dr Hijort, de Christiania, et voit les avantages suivants à sa méthode :

1° Qu'elle empêche les prolapsus iriens, si l'on opère la cataracte sans iridectomie, que la blessure s'ouvre plus rarement.

2° Qu'on n'observe pas d'entropion spastique.

3° Le réseau métallique protège mieux l'œil que le bandeau.

4° L'irritation de l'œil se calme plus rapidement et la durée des soins post-opératoires est notablement abrégée.

5° Enfin le réseau est plus léger et moins chaud que le bandeau.

Quant à la seconde partie de son travail, l'extirpation du sac lacrymal, le prof. Axenfeld dit que le prof. Cirincione a dépassé sa

pensée, qu'il n'a pas voulu proposer cette méthode dans tous les cas de dacryocystite, mais que c'est là cependant le seul moyen radical d'empêcher l'infection d'une plaie opératoire tant qu'on ne sera pas capable de connaître la virulence des microbes contenus dans les conjonctives ou les voies lacrymales.

Sur cette importante question du pansement post-opératoire nous renvoyons le lecteur au rapport du Dr Schiœtz, de Christiana. (Le traitement de l'œil avant et après l'opération de la cataracte, Congrès international de Méd., 1900.)

Dr BEAUVOIS.

BULLETIN DE L'HOPITAL OPHTALMIQUE DE LA PROVINCE DE ROME

(1903, fasc. 1 et 2)

Nous saluons avec plaisir cette nouvelle revue dirigée par le prof. MARIANO SCELLINGO. Elle vient augmenter le nombre des revues italiennes consacrées spécialement à l'ophtalmologie, et tiendra dignement sa place à côté de la *Clinica oculistica* et des *Annali di Ottalmologia.* Le premier numéro qui nous parvient contient deux mémoires originaux.

Le daltonisme infantile, par le Dr ROMÉO ROSELLI. — L'auteur a étudié le sens chromatique chez des enfants de 4 à 12 ans. Sur cent sujets, vingt-sept étaient daltoniens pour les trois couleurs choisies comme type : le rouge, le vert et le violet, et cinquante-deux pour une ou deux couleurs.

L'auteur s'est servi pour ses examens de la méthode de Holmgren. Les conclusions de son travail sont les suivantes :

1° Plus les enfants sont petits, pourvu qu'ils sachent expliquer leurs sensations, plus il est facile de déceler le daltonisme.

2° La connaissance des couleurs chez les enfants est en rapport direct avec le développement de l'intelligence.

3° La sensibilité chromatique est plus précoce dans le sexe féminin; les petites filles examinées indiquaient mieux les couleurs, et fournirent moins de cas de daltonisme.

4° La distinction de la couleur rouge est plus facile chez les enfants, cette couleur est distinguée quand les autres ne le sont pas.

5° Après le rouge, c'est le violet qui est le plus facile à reconnaître; en dernier lieu, le vert.

6° Les enfants daltoniens qu'on exerçait à la vision des couleurs,

devenaient très habiles à cette distinction, si bien qu'on peut croire que la véritable dischromatopsie n'existe pas chez les enfants, mais seulement une achromatopsie par manque d'exercice ou ignorance du sens des couleurs. On peut donc, d'après l'auteur, en conclure que la dyschromatopsie des adultes non acquise est due seulement au manque absolu d'exercice des couleurs, et dès lors à une atrophie acquise et non congénitale des fibrilles nerveuses.

Epithéliome primitif du limbe scléro-cornéen, par le Dr Alfredo Ramoni. — Après un rapide historique de ce point si intéressant de pathologie oculaire, l'auteur rapporte un cas d'épithéliome observé à l'hôpital ophtalmique. Sur 11,000 malades visités à l'hôpital en l'espace de sept années c'est le seul cas de ce genre. Il s'agissait d'un paysan âgé de 58 ans, porteur d'une tumeur siégeant dans le segment inférieur du limbe, siège le plus rare d'après la statistique de Panas. Il était difficile d'établir un diagnostic exact, la tumeur pouvant être prise pour un papillome, et l'examen histologique seul pouvait résoudre le problème. Panas, Parisotti, et Fuchs regardent le papillome du limbe comme une tumeur bénigne qui ne se transforme jamais en épithéliome. Axenfeld, Lagrange et Hirschfeld admettent au contraire la dégénérescence cancéreuse.

L'auteur se rallie à cette dernière opinion. Le cas actuel pourtant fut bénin puisque la tumeur enlevée, le malade guérit complètement.

Il n'en faudrait pas cependant conclure que ces tumeurs sont toujours bénignes, puisque exceptionnellement, elles pourraient pénétrer dans l'œil et amener une terminaison défavorable.

Un cas de sclérotonixis, par le Dr Baraja (de Vigo). — L'abaissement de la cataracte peut rendre des services dans certains cas, et cette opération qui a eu si longtemps la faveur des chirurgiens mérite de n'être pas abandonnée (Cf. Comm. de Badal et Panas, au Congrès de 1900).

Le Dr Baraja qui soupçonnait chez son malade une liquéfaction du vitré, eut à se louer de l'emploi de cette méthode.

Les suites de l'abaissement de la cataracte furent excellentes, l'issue du vitré minime, et l'œil conserva après l'opération une bonne acuité visuelle.

Maturation artificielle de la cataracte au moyen de l'électricité, par le Dr Ag. Maurizi. — L'auteur fait d'abord l'historique de cette intéressante question.

Il rappelle que Carl Hess, reproduisit la cataracte due à la foudre

dans des yeux de chat et de lapin, au moyen d'une grosse bouteille de Leyde (Voir Congrès ophtalmologique de Heidelberg, 1888). Mais Carl Hess, n'avait d'autre but que d'étudier l'anatomie pathologique de la cataracte. Le but que se propose le Dr Maurizi est de montrer que dans certains cas de cataracte à marche lente, abaissant notablement l'acuité visuelle, des applications de courants faradiques peuvent hâter la marche de l'affection et permettre une opération, bénéfice pour le patient.

L'auteur entre dans tous les détails techniques nécessaires : la pupille doit être dilatée : cocaïnisation de l'œil, l'intensité du courant doit être réglée d'après les réactions douloureuse du malade. L'électrode est appliquée au centre de la cornée, la chambre antérieure intacte ou vide.

Ce travail est accompagné de sept observations. La durée du traitement pour la maturation est courte en général, de un mois à dix jours au moins. L'opération de la cataracte fut pratiquée dans tous les cas avec un excellent résultat.

Ce procédé peut offrir sur les méthodes qui ont pour but la maturation artificielle du cristallin, l'avantage de ne pas exposer le malade à des complications inflammatoires, lésions iridiennes ou cornéennes, déformation cicatricielle de la cornée. Il est enfin beaucoup plus rapide. D'après les expériences de l'auteur, il vaut mieux ne pas vider la chambre antérieure avant l'application de l'électricité (*Bulletin d'Oculistique*, du Dr Andréa Simi, Florence, 1903, n° 6).

Dr A. Beauvois.

SOCIÉTÉS SAVANTES AMÉRICAINES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

(16 février)

Weeks. **Extraction de cataracte après une ophtalmie sympathique.** — La vision était perdue depuis six ans dans l'œil gauche par explosion de capsule, et cinq ans après l'accident l'œil droit, par sympathie, était arrivé à être réduit à la perception lumineuse. On tenta d'abord une iridectomie sur l'œil sympathisant : la place irienne fut bientôt obstruée par une pseudo-membrane. A gauche, perception lumineuse, la projection lumi-

neuse est mauvaise surtout en bas, mais l'œil étant sans aucune réaction, on pratique l'extraction cristallienne ; pas d'accident consécutif et la vision revient à 1/10e environ.

MARPHE. **Traitement opératoire du strabisme primaire divergent.** — C'est une ténotomie des deux externes avec adduction forcée par une suture interne, selon le procédé de Gruening, passant par la conjonctive ou les droits internes et fixée sur le nez par du coton collodionné.

SCHARPRINGER. **Tache noire ronde typique au pôle postérieur d'un œil très myope.**

DUANE. **Paralysie de la convergence, de la divergence et du droit supérieur droit.** — Le malade avait subi successivement une légère ténotomie du droit inférieur gauche, puis du droit supérieur gauche ; l'auteur fit, plusieurs années après, une ténotomie modérée du droit inférieur droit ; des exercices avec prismes ne purent conserver l'amélioration obtenue ; on fit alors l'avancement de l'interne gauche : le résultat fut alors une vision binoculaire simple de tous les objets situés à la distance du travail (35 centim.). Aucune affection nerveuse organique, la lésion primitive avait été une parésie du droit supérieur, le reste étant consécutif aux interventions subies.

ARNOLD KNAPP. **Hydropisie des gaines.** — Le malade, atteint de tumeur du cervelet avec névrite optique, présentait un gliome du vermis et du pédoncule droit supérieur. L'auteur attribue la névrite à l'hypertension intra-cranienne, et non à une inflammation propagée.

(16 mars)

La question du **traitement des affections lacrymales** étant à l'ordre du jour de la séance, TAYLOR rapporte un cas guéri par l'excision du cornet inférieur et cathétérisme sans incision du canalicule. BORN, recommande l'expectation dans les maladies lacrymales, autant que possible même dans le phlegmon du sac, le mucocèle congénital, etc... Pourtant dans l'éversion du point lacrymal, il préfère à la simple incision, l'excision d'un lambeau triangulaire à la commissure externe qui ramène la paupière au contact du globe. HUNTER pratique le cathétérisme en tous cas, après l'expectation, même dans la dacryocystite phlegmoneuse, et ne parle pas de l'excision ou du curettage. CUTLER, pour le

(17 mars)

HARLAN. **Traitement de la myopie.** — Harlan donne d'abord un court historique de la question : actuellement de Schweinitz et Duane recommandent la correction totale; la dernière réunion de la Société d'ophtalmologie de Heidelberg a confirmé cette donnée. La correction incomplète fait admettre que l'accommodation plutôt que la convergence est la cause principale de la progression de la myopie. Il y a longtemps que de Græfe a recommandé la section du droit externe dans la myopie avec insuffisance de convergence. La correction complète est une règle qui comporte des exceptions suivant les cas. Quand elle ne donne pas une acuité meilleure, il faut y renoncer pour ne pas trop diminuer la grandeur des images; il faut avoir le supplément de dioptries en face à main, ou user de verres bifocaux.

HANSELL distingue la myopie congénitale, la myopie acquise et la myopie héréditaire. Dans la première, il suffit de quelques dioptries, sans atteindre la réfraction totale. Dans la deuxième, il propose la correction aussi complète que possible, l'exophorie étant mieux combattue à l'aide d'une acuité meilleure que par un traitement musculaire; surtout corriger exactement l'astigmatisme; mais de près, il ne corrige pas en entier la myopie surtout chez l'adulte.

DE SCHWEINITZ insiste sur l'importance d'une mesure exacte et fréquente de la réfraction des H. qui deviennent M. et surtout de l'As. pour le traitement préventif. Quant au traitement de la myopie, il faut distinguer les cas où la correction n'amène pas l'acuité à 1 et qui sont des maladies oculaires, dont la myopie n'est qu'un symptôme. Il admet la correction complète jusqu'à l'âge où l'accommodation faiblit; évidemment il y a des cas à distinguer, mais en général il faut donner immédiatement une correction totale, sans quoi on la fait difficilement tolérer plus tard. Il recommande d'examiner souvent et toujours avec parésie d'accommodation, les myopes jeunes. Les verres ne suffisent pas à arrêter la myopie, il faut de plus combattre la congestion des enveloppes oculaires, surtout par l'atropine.

GEORGE COULD insiste sur l'astigmatisme et l'anisométropie dont on ne tient pas en Europe un compte suffisant, sur la nécessité d'une mydriase prolongée, mais il n'admet pas la correction complète et cite un autre cas de troubles céphaliques causés par celle-ci.

FENTON corrige totalement pour la vision de loin, mais pour la vision de près, il réduit plus ou moins la correction suivant l'âge, l'amétropie et la puissance d'adduction.

RISLEY admet peu la myopie congénitale qu'il a rarement rencontrée, sauf chez des dégénérés présentant d'autres anomalies; il n'admet l'hérédité que sous la forme de dispositions craniennes et orbitaires spéciales donnant de l'astigmatisme ou de l'anisométropie; l'effort pour mieux voir amène ensuite la congestion oculaire, qui distend la coque. L'œil emmétrope étant l'œil modèle on doit s'en rapprocher le plus possible dans la correction, l'amplitude d'accommodation et de convergence paraissant ainsi redevenir normale. La correction incomplète est préférable quand on n'a pas fait une analyse exacte et entière du sujet. Il faut examiner souvent, avec un mydriatique, jusqu'à ce que la myopie soit stationnaire et les lésions arrêtées dans leur évolution: le mydriatique est ici aussi un traitement. Risley admet contrairement à de Schweinitz, pour la vision de près, l'utilité de verres plus faibles et même de prismes qui soulagent l'accommodation et la convergence. La nécessité d'une correction exacte lui paraît bien démontrée par l'exemple du microscope, et aussi par la fatigue qu'il y a à regarder sur un écran des projections insuffisamment mises au point.

Dr A. BOUCHART.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME-UNI

(13 mars)

MAYON. **Traitement du trachome par les rayons X.** — L'idée de traiter le trachome par les rayons X, vient de l'application de ceux-ci à l'épithélioma et au lupus, sans danger pour l'œil. Une irritation superficielle légère, qu'on peut à volonté accroître ou diminuer, amène une leucocytose abondante: les seuls effets nocifs furent la chute des cils et un peu de conjonctivite. Le pourpre rétinien n'est pas influencé, d'après des expériences sur des lapins et des grenouilles. Stephenson cite de bons résultats par les courants de haute fréquence.

E. THOMSON et L. BUCHANAN. **Lésions de l'œil pendant l'accouchement.** — Douze cas de lésions variées : expulsion du globe, ptosis, lésions de cornée, hémorragies diverses, rétroversion du cristallin et du vitré sans rupture du globe. Les faits sont à rapprocher du tassement que subit le crâne sur le promontoire du sacrum.

LANFORD. **Enucléation traumatique du globe.** — Chez un enfant de 7 ans. La réduction fut facilement pratiquée sous le chloroforme, la vision était normale, et la motilité entière. Léger ptosis.

(7 mai)

MORTON. **Cornée conique.** — L'excision de la pointe avec lambeau vertical a été pratiquée vingt-cinq fois avec grand succès, et persistance du résultat. TROST préfère le cautère; LANG recommande les cylindres forts sans opération. JUBER insiste sur le cautère et la ponction.

PAYNE et POYNTIN. Les diplocoques du rhumatisme ne se trouvent pas dans l'humeur aqueuse, mais dans le parenchyme irien lui-même; la reproduction de l'*iritis rhumatismale* chez le lapin a démontré les mêmes lésions que dans les autres organes atteints par le rhumatisme. Lang, Hartridge et Holmes Spicer, objectent la rareté de l'iritis rhumatismale vraie qui est plus souvent gonorrhéïque.

JESSOP. **Deux cas de tuberculose de la choroïde et de la conjonctive.** — Les deux cas guérirent en ne laissant que des dépôts blanchâtres comme on en trouve dans la rétinite albuminurique, cependant l'examen du tissu pris sur la conjonctive avait nettement démontré la tuberculose. Aucun pigment secondaire, et aucun trouble du vitré. Dans la discussion furent recommandés : les injections sous-conjonctivales, la cure d'air, et le diagnostic exact avec la choroïdite syphilitique.

MAC CALLAN. **Cinq cas de glaucome où l'adrénaline a augmenté la tension.** — Le plus souvent la vaso-constriction empêche l'absorption des myotiques. JESSOP ajoute que l'engorgement suit cette vaso-constriction. Pour PARSONS, les effets de cette préparation sont très inconstants. H. SPICER pense que, quand les artères sont rigides la contraction a lieu sur les veines.

DONALDSON. **Ptosis et difformité crânienne chez un garçon de 2 ans 1/2.** — La paupière tombante et courte ne couvre jamais le globe en entier, pas d'éxophtalmie. Le front est proéminent au milieu et déprimé latéralement. L'accouchement avait été pénible mais sans forceps. Donaldson admet une synostose anticipée des sutures antérieures, constatée du reste au niveau de la fontanelle antérieure.

Dr A. BOUCHART.

RÉUNION

DES

OPHTALMOLOGISTES DU RHIN ET DE WESTPHALIE

(1er février 1903)

URBAHN. **Cultures de gonocoques**, et autres cocci négatifs au gramme.

SCHEFFELS. **Le massage dans le glaucome.** — L'auteur ne l'emploie pas seul et en tous cas, mais après iridectomie, et quand la tension persiste. Il emploie soit le massage digital, soit l'appareil vibratoire de Piesberg. Dans deux cas le succès fut éclatant. Dans un cas de buphtalmie, où l'ésérine ne pouvait être supportée, le massage permit de combattre l'hypertension. Nieden dans l'hydrophtalmie préfère les myotiques et le massage, à l'iridectomie ; le massage donne de mauvais résultats quand la coque est sclérosée.

SCHEFFELS. **Traitement opératoire des sinusites périorbitaires.** — L'auteur recommande l'étude et la pratique du procédé de Killian : résection de la paroi antérieure du sinus frontal, sauf le bord orbitaire ; résection du plancher ; résection de l'apophyse frontale du maxillaire permettant d'atteindre les cellules ethmoïdales ; enfin résection de l'extrémité antérieure du cornet moyen.

ASMUS présente un *appareil pour fixer la tête*, et un *nouveau statif pour son sidéroscope ;* ensuite, une *nouvelle burette de Mohr*.

PFALZ. **Trachome dans les provinces rhénanes et la Westphalie.** — Pfalz revient à la question du trachome *post-traumatique ;* on doit admettre que l'accident a rendu la conjonctive plus sensible, mais aussi que le trachome existait auparavant sans être aperçu. — WALLERSTEIN : il faut néanmoins que la conjonctive ne soit pas normale pour qu'un traumatisme puisse amener le trachome. — HESSBERG admet le traumatisme comme cause indirecte, par l'usage d'eau de lavage ou de matériel de pansement malpropres. — SCHÖNEMANN : ne pas confondre les rechutes de trachome avec le trachome aigu.

STOOD. — Un homme atteint de blennorragie se frotte l'œil à l'occasion d'un accident de la cornée, l'œil fut perdu, et l'assurance reconnut le droit à l'indemnité.

STÖWER. — L'infection dans le trachome doit être constatée dès le début pour être admise ; le médecin doit laisser la compagnie d'assurance juger la question.

RECKEN soutient que c'est au médecin à se prononcer.

NEDDEN. — C'est au médecin que doit revenir le dernier mot, et beaucoup admettent l'infection trachomateuse par traumatisme.

SCHEFFELS ne fait pas *l'excision du cul-de-sac*, il frictionne et obtient de bons résultats.

PFALZ excise un lambeau de 4 millimètres sur le bord convexe du tarse avec une bandelette de celui-ci. Pendant six à huit jours l'état paraît pire. Les astringents guérissent ensuite en six semaines. Est-ce par réaction ou par suppression d'un terrain lymphatique ? — STOOD pratique l'excision mais pas aussi souvent ; il recommande la thermo-cautérisation très fine. — HESSBERG ne pratique l'excision que pour les granulations saillantes, en polypes ; il préfère aussi la galvanocaustie fine qui fait moins de cicatrice que l'excision et l'expression. — WALLERSTEIN : même avis ; pour les ouvriers, chercher une guérison rapide. — SCHEFFELS : les traitements modernes ne sont pas adaptés aux cas actuels, en général de médiocre intensité. — RECKEN : le catarrhe folliculaire ressemble tout à fait au trachome et ne demande pas de traitement chirurgical ; le frottage au sublimé des frères Kainnig guérit rapidement. Le protargol ne peut rien contre le trachome. — PETERSEN préfère la méthode de Sattler ; il remplace souvent le cuivre pour l'acide iodique. — MAYWEG insiste sur l'adaption du traitement à chaque cas ; il pratique souvent l'expression suivie de frottage, et plus tard use du jéquiritol. — STUELP : massage avec la paraffine iodée. — STÖWER : il faut attaquer le follicule parce que là réside l'agent pathogène. — URBAHN admet que les procédés agissent tous en créant une réaction salutaire.

MAYMEG soutient qu'il suffit d'être attentif à certains détails pour ne pas être atteint de trachome ; il recommande le mouchoir et les linges de toilette individuels ; le lit individuel ; ne pas renvoyer les soldats avant guérison, surveiller les domestiques, surveiller les cantines et estaminets.

SCHEFFELS ne croit pas utile de fermer les écoles parce que cela effraie, et qu'il n'y a que des épidémies de conjonctivite. — SCHÖNEMANN : il peut y avoir quelques cas de trachome et cela suffit pour justifier l'expulsion des suspects. — MAYNEZ n'a jamais vu

un cas de contagion scolaire, et les enfants sont plus exposés hors de l'école. — NIEDEN : il faut renvoyer et traiter les cas à sécrétion, mais ne pas fermer l'école. Le traitement des *suppurations oculaires* est renvoyé à la prochaine séance.

Dr A. BOUCHART.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE ET FORMULAIRE

Par le Dr GALEZOWSKI

De la solution de scopolamine dans le traitement des affections oculaires, par le Dr GALEZOWSKI. — Les besoins de l'ophtalmologie moderne nous obligent à faire des recherches constantes pour perfectionner et enrichir le domaine de la thérapeutique ophtalmologique. Des études constantes sont nécessaires, pour approfondir les propriétés des différents médicaments sur l'œil malade, et définir exactement leur action curative.

Les doses et les compositions chimiques de chaque médicament varient à l'infini, et leur action curative change chez les différents individus, selon la forme et l'évolution de telle ou telle autre maladie.

Partant de ce principe, nous avons pensé, qu'il était indispensable de faire une étude complète du rôle des mydriatiques sur l'œil.

Pendant longtemps, nous n'avions en ophtalmologie que deux mydriatiques *atropine* et *hyoniamine*. Aujourd'hui nous possédons un médicament très puissant comme mydriatique, dont l'action est bien souvent supérieure aux deux ci-dessus mentionnés. C'est la *scopolamine*.

Son action est très précieuse, elle agit comme anesthésique dans les affections inflammatoires de l'iris et du cercle ciliaire. De plus, cet alcoloïde agit sur les fibres musculaires du sphincter de l'iris en l'anesthésiant et il excite les fonctions des fibres radiaux en les excitant et dilate ainsi la pupille :

Voici la formule qui me paraît agir le mieux dans ces affections :

Eau distillée de laitue	5 gr.
Eau distillée simple	10 —
Sulfate neutre de scopolamine	0 gr. 15

Instiller de ce collyre trois fois par jour quelques gouttes dans l'œil.

Dr GALEZOWSKI.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Entre aveugles : *Conseils à l'usage des personnes qui viennent de perdre la vue*, par le Dr Emile JAVAL, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie de l'École des Hautes Etudes, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec frontispice (Masson et Cie, éditeurs). — Prix : 2 fr. 50.

On sait que, par une cruelle ironie du sort, le Dr Javal, le savant oculiste bien connu, a perdu la vue subitement il y a trois ans. Depuis ce temps, il a consacré toute son énergie et son ingéniosité à rechercher les moyens de continuer à s'occuper activement et le présent volume contient l'exposé des très intéressants résultats qu'il a obtenus.

Le petit livre du Dr Javal est donc le *vade mecum* indispensable des personnes qui perdent la vue.

Non content de réunir ses observations personnelles, l'auteur a fait très laborieusement, une enquête sur les procédés employés par les aveugles intelligents de tous les pays et les résultats de cette enquête ont fourni la matière de vingt-huit chapitres, qu'il a écrits *propria manu*.

Le style du livre est clair, alerte, sans prétention. D'un bout à l'autre, on sent percer la satisfaction que trouve l'auteur à faire profiter autrui des multiples observations pratiques que son infortune l'a mis à même de réunir.

Le livre du Dr Javal, outre son incontestable utilité pratique, présente un intérêt théorique pour les physiologistes et les psychologues, auxquels nous signalons les observations sur la vision du radium par les aveugles et sur le sixième sens de ces infortunés.

SALZMANN. — Die Aussrissung der Schnerven (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, mai 1903).

ZUR NEDDEN. — Ueter ein Fall von Embolu der arters a centrales retinac (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, 1903, p. 505).

EMILIO F. MONTANO. — Estudio sobre escalas optometricas (*Mexico, Sociedad Oftalmologica Mexicana*, mars 1903).

MULDER. — Ein neuer Astigmometer (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, mars 1903).

Le Gérant : FÉLIX ALCAN.

6244. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — MOTTEROZ, dir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PARALYSIES MULTIPLES ET COMPLEXES

DES MUSCLES DU GLOBE DE L'ŒIL

PAR

Le Dr A. YVERT

Les paralysies des muscles de l'œil, quand elles sont simples et limitées à une seule paire nerveuse, sont ordinairement assez faciles à diagnostiquer, et les symptômes assez nets. Mais il peut se présenter, dans la pratique, des cas bien compliqués : tantôt la paralysie est incomplète, c'est-à-dire limitée à certaines branches d'une paire nerveuse; tantôt plusieurs paires sont atteintes simultanément; on voit même certains cas, plus complexes encore, dans lesquels une paire nerveuse est paralysée incomplètement, et une autre dont les fonctions sont totalement abolies. On trouvera dans les recueils d'ophtalmologie des exemples variés de toutes ces combinaisons.

Il en est une cependant, que nous avons observée, il y a bien près de trente ans déjà, au début de nos études spéciales en ophtalmologie, et dont l'importance nous paraît mériter de fixer un instant l'attention. Elle est tellement rare, que M. le Dr Galezowski, dans son immense pratique, ne l'avait point encore rencontrée; et nous devons avouer que notre diagnostic fut mis en doute par ce savant ophtalmologiste jusqu'à ce qu'il ait pu lui-même en vérifier les symptômes.

Nous ferons suivre le récit de cette observation, telle que nous l'avons recueillie, des réflexions qu'elle nous a suggérées en 1876, sans en changer un seul mot.

Observation.

Paralysie de la 4e paire gauche. Paralysie incomplète de la 3e paire du même côté, portant sur les filets nerveux qui se rendent au petit oblique, à l'élévateur de la paupière supérieure, au muscle accommodateur et au sphincter interne de l'iris.

M. Pel..., 40 ans, demeurant à Paris, se présente le 16 septembre 1876 à la consultation du Dr Galezowski. Ce malade nous raconte qu'il s'est aperçu, il y a un mois, qu'il avait de la peine à soulever la paupière supérieure de l'œil gauche, et que celle-ci retombait malgré tous les efforts qu'il faisait pour ouvrir l'œil. Depuis trois semaines il voit trouble à gauche, et ne peut plus se servir de cet œil pour la lecture ni pour la vision des objets rapprochés. Enfin depuis une huitaine de jours, il voit les objets doubles dans certaines positions; et ce qui le gêne tout particulièrement, c'est que, dans la rue il ne sait pas trop où mettre le pied: il ne peut, en effet, se rendre un compte exact de ce qui se trouve devant lui : les trottoirs lui paraissent obliquement disposés, et plus ou moins éloignés qu'il ne le suppose; de sorte qu'il trébuche à chaque instant. Il lui arrive même de voir deux personnes là où il n'y en a qu'une, et en voulant passer entre les deux, il se cogne précisément dans celle qu'il croit éviter. C'est pour cela que M. Pel..., s'est décidé à venir consulter, car il ne ressent aucune douleur.

Nous procédons immédiatement à l'examen des organes de la vision; et notre attention est tout d'abord attirée du côté de l'œil gauche où a lieu le prolapsus de la paupière supérieure. Nous notons de ce côté : un ptosis médiocrement prononcé; la paupière supérieure recouvre une partie seulement du globe oculaire, et le malade parvient après beaucoup d'efforts à la soulever légèrement. La pupille est moyennement dilatée, et a un diamètre à peu près double de celle du côté opposé. Le malade ne peut voir les objets

rapprochés, ni lire les caractères ordinaires d'imprimerie; il accuse un trouble de tout point comparable à celui que l'on rencontre dans les cas d'atropinisme.

Si nous faisons fixer notre doigt par l'œil gauche de M. Pel..., de façon à pouvoir ainsi lui imprimer des mouvements dans différents sens, nous trouvons que l'œil se tourne parfaitement en dedans et en dehors; mais en haut et en bas, les mouvements nous semblent un peu plus limités que du côté droit. Toutefois, dans aucun cas, le malade n'accuse de diplopie.

Nous avons recours alors à l'emploi du procédé spécial journellement mis en pratique pour l'étude des paralysies des muscles de l'œil et nous faisons, dans l'obscurité, regarder au patient une bougie allumée, un verre rouge étant préalablement posé devant son œil gauche. Tels sont les résultats que nous avons obtenus, et sur lesquels nous ne saurions trop attirer l'attention :

Si nous plaçons la bougie à 3 mètres environ du malade, et que nous la portions alternativement à droite et à gauche, dans le plan horizontal passant par ses deux yeux, M. Pel..., nous déclare ne voir absolument qu'une seule bougie. Cette épreuve plusieurs fois répétée, nous donne chaque fois les mêmes résultats.

Si maintenant, nous tenons la bougie au-dessous du plan horizontal, et à gauche du malade, à un mètre par exemple à gauche du plan médian antéro-postérieur du corps, celui-ci nous déclare immédiatement voir deux bougies, une rouge et une jaune, dont les images sont ainsi disposées : la rouge est en bas, à gauche, paraît moins éloignée que l'autre, et est oblique de haut en bas et de droite à gauche. De plus la distance entre ces deux bougies offre les caractères suivants, que nous étudierons d'abord de haut en bas, puis de gauche à droite. Nous avons déjà dit qu'au niveau du plan horizontal, les images se confondaient; un peu au-dessous l'écartement commence ainsi que l'obliquité de l'image rouge par rapport à la jaune; et ces symptômes vont constamment en augmentant à mesure que nous abais-

sons la bougie davantage. En même temps se prononce la différence des distances dans le sens antéro-postérieur. Le maximum est atteint quand la bougie est à terre.

Les variations dans le sens transversal sont non moins sensibles : quand la bougie est à l'extrême gauche du malade, les symptômes que nous venons d'analyser précédemment de haut en bas sont à leur maximum; et ils diminuent insensiblement de la gauche vers la droite, jusqu'à ce que la bougie étant un peu à droite du plan médian antéro-postérieur du corps du malade, celui-ci déclare ne plus voir qu'une seule bougie.

Ces premiers symptômes se résument donc ainsi : une seule bougie au niveau du plan horizontal; et deux bougies au-dessous, dont la distance et l'inclinaison vont en s'accentuant vers le bas. De même, une seule bougie à droite; et deux, de plus en plus indistinctes à mesure qu'on s'avance vers la gauche.

Nous allons retrouver les mêmes symptômes, mais en sens tout à fait inverse, en portant la bougie au-dessus du plan horizontal passant par les deux yeux.

En effet, si nous la portons à quelques centimètres seulement au-dessus de ce plan, et en ayant bien soin toujours de nous tenir à gauche, M. Pel..., nous accuse tout de suite la sensation de deux images, une rouge et une jaune, ainsi disposées, la lumière rouge paraît en haut, à gauche, plus éloignée, et légèrement inclinée de haut en bas et de gauche à droite, par rapport à la jaune. Ces symptômes varient d'ailleurs quand on dirige la lumière de bas en haut, et de gauche à droite. Nous dirons, afin d'abréger, que les images sont d'autant plus distinctes et la rouge plus inclinée qu'on élève davantage la bougie au-dessus du plan horizontal et qu'on l'éloigne davantage vers la gauche du malade. Car ici encore, la diplopie disparaît quand la bougie est un peu à droite du plan médian antéro-postérieur du corps.

Nous avons dit tout à l'heure que dans toute l'étendue du plan horizontal passant par les deux yeux, M. Pel... ne voyait qu'une seule bougie. Cette expression est absolument

impropre, et doit être remplacée par celle-ci : voyait les images superposées, car, en effet, les images sont bien dans le même plan antéro-postérieur, mais à des distances différentes, ainsi que nous l'a fait remarquer lui-même le malade.

Ces symptômes, ainsi constatés au moyen du verre rouge, nous permirent, comme nous allons le prouver tout à l'heure, d'affirmer l'existence de la paralysie simultanée du grand oblique et du petit oblique gauches. Restait la question étiologique ?

Or, nous n'avons trouvé chez M. Pel... aucun signe d'ataxie, même le plus léger; aucun antécédent syphilitique; aucune trace d'arthritisme. Il n'a jamais reçu de coups sur la tête. Pendant sa jeunesse, il était sujet aux migraines, mais celles-ci ont précisément disparu depuis cinq ans. Enfin, il nous a bien avoué qu'il avait couché quelquefois la fenêtre ouverte, mais il ne s'en ait jamais ressenti.

Voyons maintenant à quelle affection nous avons affaire, et comment nous avons pu en affirmer le diagnostic ?

Il est bien évident d'abord que le ptosis de la paupière supérieure gauche, puisqu'il n'est pas congénital, tient à la paralysie de la branche nerveuse de la 3e paire qui se rend au muscle élévateur de cette paupière.

La dilatation de la pupille et la disparition du pouvoir accommodateur de l'œil gauche, s'expliquent également avec la plus grande facilité par la paralysie des branches de la 3e paire qui se rendent : l'une, au sphincter interne de l'iris, et l'autre au muscle ciliaire circulaire, puisque M. Pel... affirme n'avoir jamais mis d'atropine dans cet œil.

Le manque absolu de diplopie, avec images croisées, suivant le plan horizontal passant par les yeux du malade, nous a assuré qu'il n'y avait aucune altération du côté des filets se rendant au droit interne.

Mais sur quoi est basé le diagnostic, d'abord, de paralysie du petit oblique? Il repose simplement sur la connaissance des fonctions physiologiques de ce muscle, qui est élévateur, abducteur du globe de l'œil, et qui tend à incliner le méri-

dien vertical en dehors. Lors donc qu'il sera paralysé, le centre de la cornée restant en dedans et en bas, quand l'objet fixé s'élèvera au-dessus du plan horizontal, les images doubles qui apparaîtront alors seront homonymes, et celle correspondant à l'œil paralysé sera au-dessus de l'autre.

Quand le grand oblique, au contraire, qui est abaisseur, abducteur du globe de l'œil, et qui tend à incliner le méridien vertical en dedans, sera paralysé, la diplopie n'apparaîtra que quand l'objet que l'on considère est au-dessous du plan horizontal. La diplopie sera également homonyme; l'image de l'œil malade paraîtra au-dessous de celle de l'image de l'œil sain, et assez souvent plus rapprochée que cette dernière, ainsi que Förster en a donné l'explication.

Dans les deux cas, l'image de l'œil atteint sera oblique par rapport à l'image vraie, et en sens inverse pour chacun des muscles.

Or, ne retrouvons-nous pas là réunis tous les symptômes qui nous ont été fournis par notre observation? En haut, nous trouvons tous les signes classiques de la paralysie du petit oblique; au-dessous du plan horizontal, tous ceux de la paralysie du grand oblique, sans en excepter un seul.

Quant à la question de savoir pour quel motif, nous avons admis que c'était les muscles obliques de l'œil gauche qui étaient atteints, elle est bien simple : la diplopie n'existe que du côté gauche, et disparaît à droite.

Resterait un autre point de cette observation intéressant à élucider; c'est celui de l'étiologie. Car en somme, à quoi attribuer une lésion aussi complexe? Nous ne trouvons chez notre malade aucune des causes habituelles de ces paralysies, ni syphilis antérieure, ni rhumatisme, ni aucun symptôme d'affection cérébrale. On ne peut invoquer non plus une paralysie *a frigore*; car d'une part il n'y a pas eu de refroidissement manifeste, et de l'autre, cette espèce particulière de paralysie est beaucoup moins compliquée et ne porte le plus souvent que sur la 6e paire. Il n'y a pas eu non plus de traumatisme.

Une seule affection permettrait d'expliquer de pareils

symptômes, c'est l'existence d'une ataxie locomotrice au début, dont les premières manifestations porteraient sur le système moteur du globe de l'œil. Ce ne serait point la première fois, d'ailleurs, que l'ophtalmologie permettrait de porter ainsi un diagnostic préventif.

Nous dirons que c'est à cette dernière supposition que s'est arrêté M. le Dr Galezowski; et en conséquence il a soumis immédiatement le malade au traitement général par les pilules de nitrate d'argent et l'iodure de potassium, et au traitement local par les vésicatoires volants appliqués autour de l'œil gauche.

Dr A. YVERT.

IRIDO-CHOROÏDITE AVEC NÉVRITE OPTIQUE ET PANOPHTALMIE

DANS

UNE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE GONOCOCCIQUE

PAR

Le Docteur GALÉZOWSKI

(SUITE ET FIN)

PATHOGÉNIE

La gravité des irido-choroïdites méningitiques ne peut pas être aujourd'hui discutée; bien plus, lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes suppuratifs qui apparaissent dans la chambre antérieure de l'œil, on est tenté de se demander si le pus du fond de l'œil est primitif, et s'il n'envahit pas la cavité orbitaire pour s'étendre aux méninges. D'autre part, il y a des raisons de croire que les phénomènes suppuratifs de l'œil — la panophtalmie — ont été développés par propagation et que les microbes méningitiques — streptocoques et pneumocoques — ont été transmis à la cavité orbitaire et à l'intérieur de l'œil, amenant ainsi des irido-choroïdites, panophtalmie et buphtalmie, etc.

Ce mode de propagation du pus est facile à admettre, surtout si l'on se rapporte aux observations recueillies par quelques auteurs entre autres par Bovier-Lapierre[1], Roux et plusieurs autres.

Quelle est donc le processus morbide de cette maladie qui évolue d'une façon si rapide? Quelle est son origine réelle et comment pourrons-nous réagir contre lui? Telles sont les différentes questions importantes que nous devons nous poser et résoudre s'il y a lieu.

En ce qui concerne l'origine de la panophtalmie méningitique, on ne peut nier qu'il en existe deux formes différentes :

1° Dans la première variété la maladie débute par l'œil, et avant que le malade accuse les moindres symptômes d'une affection générale quelconque. Peu à peu, le mal prend de l'extension, l'iritis devient suppurative, du pus se dépose dans la chambre antérieure, des adhérences nombreuses gagnent la pupille, puis successivement on voit surgir de l'irido-choroïdite avec des stases veineuses du cercle ciliaire. Comme complication naturelle, la fièvre s'allume avec frissons, malaise, insomnie, névralgies périorbitaires plus ou moins violentes.

Si l'iritis et l'irido-choroïdite ne sont pas enrayées, on voit surgir des signes non douteux d'une méningite céphalo-rachidienne ou céphalique simple avec toute la gravité qu'elle peut comporter. Des vomissements indiquent l'importance de l'affection, des céphalées tenaces surviennent qui amènent des troubles visuels considérables et enfin le pus remplit la chambre antérieure de l'œil.

Il n'est pas sans intérêt d'examiner avec mon ophtalmo-thermomètre, la température du globe oculaire qui devient très élevée par moments et qui peut même varier deux ou trois fois par jour dans la même période d'irido-choroïdite

1. Dr Bovier-Lapierre, *Panophtalmie dans la méningite cérébro-spinale*, thèse de doctorat, Lyon, 1902.

sans que pour cela la rougeur et la congestion de la sclérotique deviennent plus apparentes.

Néanmoins, les phénomènes changent d'un moment à l'autre; au moment d'une poussée d'irido-choroïdite, il y a du larmoiement, des douleurs périorbitaires, du gonflement des paupières, puis tous ces phénomènes s'apaisent et très rapidement une accalmie se produit.

L'aggravation et la périodicité du mal sera reconnue et prédite d'avance à l'aide de mon thermomètre oculaire. Nous sommes donc en présence à ce moment, d'une panophtalmie ou irido-choroïdite suppurative accompagnée parfois d'exophtalmie. Toutes ces lésions peuvent dans certains cas, se compliquer de paralysie de la VI[e] ou de la III[e] paires, phénomènes qui indiquent la propagation de l'infection jusqu'aux méninges de la base du cerveau et même jusqu'au bulbe.

La présence du pus dans l'œil expliquera la gravité de l'infection.

Il importe dès lors au plus haut point de reconnaître à temps la cause première de l'affection pour obtenir sa guérison.

Les deux observations suivantes recueillies sur ma demande par notre éminent confrère, le D[r] Saltet, démontrent d'une manière frappante que l'iritis et l'irido-choroïdite rhumatismale peuvent être considérées comme blennorrhagique dont la cause première est l'écoulement blennorrhagique.

Observation VI.

Iritis blennorrhagique et rhumatisme à répétition.

M. G... 44 ans, crémier. Robuste, d'aspect très vigoureux, quoique un peu obèse. Déclare n'avoir jamais été malade avant l'année 1889.

Au mois d'août 1889 il contracte une blennorrhagie, qu'il fait soigner par un spécialiste. L'écoulement aurait disparu radicalement après trois jours de traitement. Quatre jours

après cette guérison si rapide le genou gauche devient douloureux, sans augmentation notable de volume.

Le malade entre alors à l'hôpital Tenon où il est traité pendant trente-trois jours pour ce rhumatisme monoarticulaire, et fait ensuite un séjour de un mois à l'asile de convalescents de Saint-Maurice. A sa sortie de l'asile les douleurs aiguës avaient disparu, mais l'articulation n'avait pas recouvré sa souplesse normale.

Pendant une année, jusqu'au mois d'août 1890, l'état reste le même. Au cours de cette période, il n'est fait aucun traitement. Le malade a repris, chez lui, ses occupations habituelles.

Cependant il ressent toujours une douleur vague au niveau du genou gauche, et, le matin, au début de la journée, il souffre de petites douleurs localisées en différents points, mais surtout au niveau des pieds. Puis, avec la marche et le mouvement, tout s'atténue et disparaît peu à peu.

En 1897, nouvelle crise aiguë de rhumatisme, qui frappe les articulations de la colonne vertébrale et oblige le malade à s'aliter chez lui pendant deux mois. Il sort de son lit pour se faire transporter à l'hôpital Dubois où il reste en traitement du mois de novembre 1897 à février 1898.

A sa sortie de l'hôpital il est à peine guéri, mais ses douleurs vont quand même en disparaissant. L'amélioration est suffisante et permet une certaine activité jusqu'en 1901.

A partir de 1901 apparaît une douleur persistante, localisée au talon gauche, et remontant le long du tendon d'Achille.

On examine les urines pour la première fois. Elles contiennent 27 grammes de sucre par litre. Le régime des diabétiques est prescrit aussitôt. Le malade le suit pendant trois mois, constate que le taux du sucre n'est descendu qu'à 24 grammes. Il abandonne ce régime et reprend son alimentation habituelle, plutôt copieuse, additionnée d'alcool d'une façon régulière.

En septembre 1902 il se présente à la clinique pour la première fois, se plaignant de souffrir de l'œil droit depuis

deux jours. L'œil est rouge. Il existe un cercle périkératique vivement congestionné. Sur la sclérotique, un ptérygion sans importance. Le malade se plaint d'avoir presque perdu la vue de ce côté.

En examinant de près on reconnaît une iritis aiguë, avec hypopyon. A la chambre noire le diagnostic est pleinement confirmé. Des synéchies commencent déjà à se former dans la partie externe de la pupille, qui se recouvre en partie d'exsudats très gênants pour l'éclairage du fond de l'œil.

Le malade pressé de questions avoue son ancienne blennorragie. En raison de l'aspect spécial de cette iritis qui s'accompagne d'hypopyon, M. Galezowski n'hésite pas à affirmer sa nature gonococcique et à la placer à côté des manifestations articulaires anciennes, relevant de la même infection, qui est restée toujours en état d'incubation.

Les urines analysées donnent encore 44 grammes de sucre par litre.

Traitement prescrit : application de sangsues à la tempe droite. Instillation d'atropine.

Le malade suit régulièrement son traitement, et vient à la clinique pendant six semaines. Son état s'améliore de jour en jour. L'acuité visuelle fait de sérieux progrès. A un examen superficiel l'œil a repris son aspect normal. Toute trace de pus a disparu de la chambre antérieure et l'éclairage du fond de l'œil se fait avec facilité. Il n'existe aucune lésion profonde.

Satisfait du résultat le malade cesse tout traitement et ne reparaît plus à la clinique, du mois d'octobre 1902 jusqu'en mars 1903.

Le 6 mars, nouvelle poussée d'iritis. Pendant quelques jours le mal est supportable et aucun traitement n'est entrepris. Mais le 14 mars, l'œil étant redevenu très rouge et les douleurs sus et périorbitaires ayant reparu, le malade se présente à nouveau à la clinique. On constate une nouvelle poussée d'iritis : œil très rouge, synéchie ancienne, exsudats récents, un peu d'hypopion.

Prescription :

Lotions contenant acide phénique et naphtol. Instillations d'atropine. Sangsues.

Le 3 avril, la situation s'est beaucoup améliorée. L'inflammation a presque disparu. On ne trouve plus trace de pus. L'acuité visuelle tend à revenir à la normale. La période aiguë est passée. Il existe encore un léger trouble du vitré.

Du côté des articulations, tout signe aigu est absent, mais des douleurs erratiques persistent, s'arrêtant surtout au niveau des pieds et le long du tendon d'Achille.

En somme la crise nouvelle, réalisée par l'iritis, a cédé, mais l'infection générale persiste, latente et prête à se manifester encore.

Prescription : embrocations calmantes sur les régions douloureuses (bromure, chloroforme, morphine, cocaïne).

Terpine à l'intérieur par pilules de 10 centigrammes.

Le fait suivant a été aussi recueilli par le Dr Salletet.

Observation VII.

Irido-Choroïdite. Hypopyon. Blennorrhagie. Guérison.

M. C... 39 ans, employé de commerce. Bonne santé habituelle. En février 1902, il a contracté une blennorrhagie, qui a été suivie d'une atteinte de rhumatisme, grave, à manifestations polyarticulaires, qui l'a retenu trois mois au lit.

La blennorrhagie aurait été très bien soignée, dans une clinique et l'écoulement aurait disparu.

En février 1903, nouvelle poussée rhumatismale, mais beaucoup plus atténuée que celle de l'année précédente, du côté des articulations. En revanche, l'œil gauche est saisi brusquement d'une douleur subite et devient rouge. 4 jours après, le 5 février, le malade se présente à la consultation du professeur Galezowski.

On constate que l'œil gauche est rouge, que la chambre antérieure contient du pus et qu'il existe une iritis.

Prescription : sangsues au niveau de la tempe gauche, collyre à la scopolamine et à la cocaïne.

A l'intérieur : salicylate de quinine. Une amélioration très rapide se produit dès l'application de ce traitement.

Les douleurs disparaissent bientôt. Dans les derniers jours du mois de février, toute trace de pus s'est effacée de la chambre antérieure. L'iris a repris sa nuance et sa coloration normales : on y découvre en bas une petite synéchie, signature des accidents aigus antérieurs, et un léger exsudat séreux étalé sur la cristalloïde antérieure.

L'éclairage du fond de l'œil est possible mais se fait à travers un brouillard tenant à la persistance d'un léger trouble du corps vitré. Pas de lésion du fond de l'œil.

Le malade déclare que sa vision va en s'améliorant tous les jours. Il compte très bien les doigts et les distingue les uns des autres. Toute douleur spontanée a disparu. La pression ne révèle aucune sensibilité anormale. La situation est donc toute différente et la guérison prochaine.

Ce rhumatisme anormal ne peut être rattaché, à mon avis, qu'à un pseudo-rhumatisme infectieux gonococcique.

En effet, la localisation à une seule articulation n'est pas propre au rhumatisme articulaire aigu franc. On la rencontre très souvent dans le rhumatisme gonococcique, remarquable par sa ténacité, sa lenteur à disparaître et elle se termine souvent par une ankylose du genou.

2° La seconde variété des panophtalmies méningitiques est constituée par des irido-choroïdites venant directement des méninges.

Il n'est pas rare en effet de rencontrer des panophtalmies dans lesquelles les méninges ont été attaquées les premières à la suite d'une affection générale, d'une grippe, d'un érysipèle de la face, d'une scarlatine, etc., et surtout d'une maladie infectieuse gonococcique.

En somme il s'agit ici d'une méningite cérébro-spinale gonococcique, ce qui explique facilement les accès de délire,

le coma, l'hémiplégie avec les amblyopies dans le cours des épisodes articulaires survenues les mois précédents dans les jointures isolées.

L'infection ayant commencé dans le cerveau et les méninges se porte successivement au système séreux et aux articulations pour aller attaquer ensuite le système vasculaire du globe oculaire et produire les irido-choroïdites avec buphtalmie et névrite optique.

A une période variable du cours d'une de ces affections, apparaissent subitement des complications du côté des yeux. C'est par exemple une iritis-pyogène à la période de déclin dans la pneumonie avec méningite. Les microbes spécifiques de cette maladie passent de la cavité méningitique, le long des gaines des nerfs optiques et vont envahir successivement les différentes membranes de l'œil et plus particulièrement le cercle ciliaire, d'où l'irido-choroïdite.

Pronostic

La gravité des irido-choroïdites dépend quelquefois de la nature de l'infection. Il arrive, en effet, que le rhumatisme articulaire présente, dès la première atteinte, des caractères d'une intensité extraordinaire, ce qui tient plus particulièrement à sa cause gonococcique.

Partout où les phénomènes inflammatoires se produisent ils prennent une gravité extraordinaire dès le début du mal. La cause de cette aggravation que rien n'explique au premier abord, réside dans la nature pyogène gonococcique du rhumatisme. Il y a iritis et irido-choroïdite avec formation de pus dans la chambre antérieure — hypopyon — accès fébriles à certaines heures de la journée, névralgies périorbitaires, larmoiement, etc.

Si ces symptômes fébriles persistent pendant quelque temps avec la même intensité, il y a à craindre que l'irido-choroïdite se complique de buphtalmie, d'exophtalmie avec infiltrations séreuses sous-conjonctivales.

Si l'on ne parvient pas à arrêter promptement le mal par

un traitement antiphlogistique énergique, la suppuration de l'œil est à craindre.

La névrite optique survenant dans ces conditions et pendant l'évolution d'une irido-choroïdite est le signe non douteux d'une méningite ou d'une méningo-encéphalite. On voit, en effet, les malades présenter des accès fébriles graves se compliquant de phénomènes méningés, encéphaliques tels que hémiplégies, paralysies des nerfs moteurs oculaires, vertiges, céphalées, avec douleurs périorbitaires, vomissements, perte de connaissance, etc.

En présence d'accidents semblables, l'intervention chirurgicale devient indispensable, du côté de l'œil et du côté des méninges.

La trépanation du crâne peut avoir des suites favorables dans quelques faits particuliers.

Dans d'autres cas, si le signe de Kernig est constaté on fera une ponction lombaire capable d'arrêter les désordres cérébro-spinaux et même oculaires, comme le prouvent les observations rapportées dans la thèse du Dr Bovier-Lapierre (*loc. cit.*) ainsi que les ponctions lombaires faites par le professeur Lapersonne.

La ponction oculaire, la paracentèse qui est destinée à vider le liquide purulent de la chambre antérieure est une opération qui a d'autant plus d'importance, et dont l'indication est d'autant plus absolue, qu'elle peut à elle seule, arrêter les accidents oculaires d'irido-choroïdite et de buphtalmie en faisant disparaître la tension intra-oculaire et en évacuant une partie du liquide amassé dans l'œil.

Si l'on examine des yeux atteints de cette affection, et qui ont été soignés soit par la paracentèse soit par la ponction lombaire on constate souvent à l'ophtalmoscope des signes de névrite optique, ce qui répond à la question formulée dans l'une des dernières séances de la société de Bordeaux par Cabanès[1] que les méningites de cette nature

1. *Gazette hebdom. des Soc. méd. de Bordeaux*, 8 février 1903.

une fois guéries, laissent des atrophies papillaires par névrite optique.

On voit par ces considérations, combien est dangereuse l'affection méningitique lorsqu'elle se complique d'irido-choroïdite ou d'iritis avec hypopyon.

Les altérations choroïdiennes peuvent dans ces cas, amener des troubles graves de nutrition dans les parties antérieures du globe oculaire. On observe parfois des infiltrations de la cornée pouvant en envahir successivement toutes les couches jusqu'à la membrane de Bowmann d'où perforation de la cornée avec adhérences de l'iris et staphylome opaque consécutif. Dans d'autres cas, ces processus peuvent aboutir à une destruction totale de la cornée avec toutes ses conséquences. L'observation que nous avons rapportée précédemment en est la meilleure preuve. Tous les accidents méningo-encéphaliques ont disparu mais les phénomènes d'irido-choroïdite ont amené une nécrose des deux cornées et c'est dans cet état que nous avons vu le malade pour la première fois en février 1903.

Je pratiquai alors un débridement de l'iris dans sa partie périphérique; la plaie cornéenne cicatrisa parfaitement, et la pupille fut un peu dégagée; mais comme le dit très justement M. le Dr Martin dans l'observation qu'il a eu la bonté de rédiger sur ce malade : « M. Galezowski pratiqua sur cet « œil une iridectomie sur le bord externe de la cornée, et « arracha non sans difficultés, quelques minces lambeaux « d'iris, ce dernier était atrophié et adhérent. »

C'est ce que j'ai pu faire dans ces derniers temps. Le malade a gagné un tiers de l'acuité visuelle. Il peut compter les doigts dans des conditions favorables d'éclairage mais il ne voit pas suffisamment pour se conduire seul.

Une irido-choroïdite avec hypopyon peut provenir de gonocoques qui circulent dans le sang et se localisent dans les différentes parties de l'organisme pour y provoquer des accidents inflammatoires de toute sorte, et plus particulièrement des fluxions rhumatismales du côté des articulations.

Au premier abord on croit à l'existence d'une iritis rhu-

matismale, tandis que l'iritis à hypopyon doit être selon nous, rapportée à la blennorrhagie ancienne ou récente et aux gonocoques existant dans le sang. Il y a donc lieu d'agir non seulement contre l'inflammation locale, iritis ou irido-choroïdite, mais surtout et avant tout contre la cause générale constitutionnelle, contre l'affaiblissement général provoqué par la blennorrhagie.

Qui dit rhumatisme infectieux, dit arthrite toxique survenant comme épiphénomène au milieu de symptômes plus ou moins graves dus à l'imprégnation de l'organisme par le poison gonococcique. Mais la gonococcie peut être arrêtée dans son évolution, avant que la pyohémie arrive aux méninges. Un traitement énergique devra être institué qui combatte le mal dans l'œil et dans les autres parties de l'organisme. Il conviendra donc de prescrire une médication antiphlogistique énergique et de tonifier l'organisme par la quinine, l'arsenic, les ferrugineux, le salicylate, etc.

Il n'est pas besoin de dire qu'on devra essayer de faire disparaître les plus petits vestiges de blennorrhagie urétrale.

Enfin les préparations à base de phénol, de phénacétine, et tous les balsamiques en général sont indiqués pour purifier le sang et le débarrasser du principe morbide pyogène.

Dr GALEZOWSKI.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 juillet 1903

PRÉSIDENCE DE M. A. TERSON

M. PÉCHIN, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est adopté.

M. MORAX, *secrétaire général*, dépouille la correspondance qui comprend :

1° Une lettre du Dr Wuillomenet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre du Dr Dupuy-Dutemps, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance de ce soir pour faire les communications annoncées.

3° Une lettre du Dr Poulard, posant sa candidature à une place de membre titulaire et envoyant un travail intitulé : *De la tuberculose des voies lacrymales.*

4° Une lettre du Dr Caudron, regrettant de ne pouvoir être présent à la séance.

M. LE PRÉSIDENT nomme : 1° Une commission, composée de MM. Sulzer, Valude et de Lapersonne, chargée du rapport sur le travail de M. Poulard;

2° Une commission de classement pour les candidatures au titre de membre correspondant national, composée de MM. Terrien, Morax et Daulnoy;

3° Une commission de classement pour les candidatures au titre de membre correspondant étranger : MM. Jocqs, Chevallereau, Antonelli.

M. E. VALUDE. **Paralysie paradoxale du muscle droit externe.** — J'ai observé un cas singulier de paralysie du muscle droit externe, et qui ne s'expliquerait pas facilement si l'on acceptait l'hypothèse de M. Duval sur l'anastomose du nerf moteur externe avec le moteur oculaire commun du côté opposé. Cette anastomose est d'ailleurs assez contestée aujourd'hui.

Il s'agit d'une paralysie tabétique et de nature périphérique vraisemblablement, car elle guérit complètement en peu de semaines.

Voici l'observation réduite à ses points essentiels :

D... âgé de 45 ans, est atteint de tabès confirmé depuis quatorze ans, avec des douleurs fulgurantes très nettes. Actuellement l'ataxie locomotrice est évidente. Syphilis datant de dix-huit ans.

Déjà il y a sept ou huit ans, D... a eu des atteintes passagères de diplopie.

Actuellement ses yeux, isolément, ont une vision normale et sont indemnes du côté du nerf optique.

Le malade accuse de la diplopie dans le regard à gauche et on constate en effet une paralysie du droit externe gauche.

Si les deux yeux du malade sont ouverts, la pupille s'arrête net sur la ligne médiane et l'œil ne peut plus suivre le mouvement du doigt vers la gauche.

Si l'on tient *l'œil droit fermé*, la pupille continue son excursion vers la gauche de 25°.

Examen du champ du regard :
OD. en dehors 50°.
OG. — 25° si l'œil droit est fermé.
OG. — nul, si l'œil est ouvert.
Dans tous les autres sens l'excursion des yeux est normale.

Au bout de huit jours, les deux yeux étant ouverts, l'œil gauche gagne un peu de mouvement en dehors, 15° environ.

En quelques semaines l'excursion de l'œil gauche en dehors devient normale dans toutes les conditions.

M. KALT — Ne pourrait-on pas supposer que ce malade était un hypermétrope, peut-être un ancien strabique intermittent? En faisant fixer de près le doigt, le droit interne, du côté paralysé était pris de contracture et l'œil restait fixe. Au contraire le relâchement de ce droit interne se faisait naturellement quand on excluait de la vision l'autre œil, le droit, celui dont la fixation s'accompagnait autrefois de convergence exagérée de son congénère, ici l'œil gauche?

M. A. TERSON. **Sur le traitement d'urgence de l'amblyopie par perte de sang.** — Les ophtalmologistes savent la gravité de l'amaurose par perte de sang aboutissant à peu près une fois sur deux à la cécité totale ou presque totale; les médecins en sont toutefois le plus souvent mal informés et, si l'on consulte la majorité des traités de pathologie interne les plus répandus, on est frappé de voir l'absence de mention de la cécité possible et dont tant de cas ont été observés, après les hématémèses, les métrorrhagies et bien d'autres pertes de sang. Frappé de cette situation, nous avons, dès 1894, publié divers travaux sur ce point, avec des cas nouveaux. Nous rappellerons nos mémoires dans la *Semaine médicale*[1], le *Journal des Praticiens*[2], la thèse de Maillotis[3] que nous avons inspirée et d'autres communications. Toutefois depuis cette époque, on nous a présenté plusieurs cas où l'atrophie optique partielle avait suivi l'hémorragie, surtout utérine. Il était trop tard pour rien faire d'utile et les médecins traitant ne paraissaient pas toujours au courant de l'origine réelle du mal dont nous faisions le diagnostic rétrospectif. Aussi ne saurait-on trop approuver ceux qui, comme M. Chevallereau au dernier congrès, continuent à attirer l'attention sur ce point méconnu. De plus nous avons essayé de

1. A. Terson, Les troubles visuels graves après les hématémèses et les métrorrhagies, *Semaine médicale*, mai 1894.
2. A. Terson, Atrophie partielle des nerfs optiques à la suite d'une hématémèse, *Journal des Praticiens*, décembre 1897.
3. Maillotis, thèse de Paris, 1898.

poser les bases d'un traitement *d'urgence*. Persuadés que c'est en traitant les malades dès le début de l'obnubilation qu'on arrivera à en sauver un certain nombre de la cécité, nous avons, dans l'article du *Journal des Praticiens* cité plus haut (1897), affirmé qu'il fallait alors pratiquer de suite *une abondante injection de sérum artificiel*. Quelle que soit la pathogénie qu'on adopte, qu'il s'agisse suivant les cas foudroyants ou tardifs de lésions vasculaires passagères non infectieuses ou d'un élément toxique ou infectieux, avant tout il faut remonter la pression artérielle, tout en faisant le lavage du sang.

Malheureusement, les malades que nous avons vus depuis, étaient atrophiés depuis longtemps. Aussi dois-je vous signaler un fait nouveau que le Dr Poinot (du Vaudreuil) m'a communiqué récemment au cours d'un entretien sur cette question et dont il m'a autorisé à me servir. Je crois que ce fait apporte un commencement de preuve à l'appui de l'efficacité du traitement d'urgence.

Il s'agit d'une femme, accouchée depuis quelques heures, mais où la délivrance dut être faite artificiellement. Au cours de cette manœuvre, une hémorragie utérine considérable se produit. Une syncope a lieu. Quand la malade revient à elle, elle se plaint de ne plus voir les objets. A peine peut-elle reconnaître la lumière d'une lampe qu'on lui passe devant les yeux.

Notre confrère fait alors, surtout pour lutter contre la gravité de l'état général, une injection de 400 centimètres cubes au moins de solution salée à 7 p. 100. Dès le lendemain la malade avait la vue entièrement rétablie. Bien qu'il n'ait pas été fait d'examen ophtalmoscopique, qui d'ailleurs ne donne pas toujours grand chose dans les cas foudroyants, ce cas doit, croyons-nous, faire prendre encore plus en considération ce traitement que nous avions proposé en 1897 et qui, sans aucun danger, s'appuie sur les seules bases logiques en pareille circonstance. Dès qu'un hémorragique se plaint, même plusieurs jours après l'hémorragie, d'un affaiblissement visuel, il est indispensable de pratiquer de suite, l'injection de sérum, tout en la combinant à tous les autres moyens déjà employés. Ainsi pourra-t-on probablement modifier le pronostic de cette grave complication des hémorragies.

M. KALT. **Valeur des grands lavages au permanganate de potasse contre les complications cornéennes de l'ophtalmie granuleuse.** — La complication la plus grave qui puisse atteindre un granuleux est l'ulcération cornéenne avec le cortège inévitable de taies qui en sont la conséquence.

On peut distinguer en pratique deux types d'ulcération : 1° l'ul-

cération du début, celle qui atteint les portions supérieures de la cornée. Elle est très superficielle, s'accompagne d'un pannus léger. Sa présence est caractéristique du trachome; sa marche est lente. Habituellement bénigne, elle rétrocède pour disparaître à peu près complètement si la conjonctivite est soumise à un traitement convenable; — 2° l'ulcération tardive, celle qui atteint les vieux granuleux. Elle n'est souvent que le résultat de l'extension de l'ulcération du premier type et parallèlement avec elle évolue une conjonctivite granuleuse avec épaississement notable de la muqueuse du cul-de-sac supérieur, sécrétion abondante et gonflement des paupières.

D'autres fois l'ulcération apparaît chez des malades guéris en apparence de leur trachome. A peine si l'on trouve sur les tarses quelques îlots rouges disséminés dans la muqueuse pâle et cicatricielle. L'affection cornéenne a évolué rapidement et en l'espace de quelques semaines le malade est arrivé à ne plus pouvoir se conduire.

Dans l'un et dans l'autre cas on constate toujours que la muqueuse a sécrété dès le début. Le malade a traversé d'abord une phase de conjonctivite; l'ulcération est venue ensuite. L'intensité de la réaction catarrhale varie avec l'ancienneté de la conjonctivite granuleuse. Très violente chez certains granuleux récemment atteints, elle peut en imposer pour une ophtalmie purulente; mais habituellement elle ne dépasse pas les allures d'un catarrhe moyen. Chez les granuleux en apparence guéris depuis des années, la sécrétion reste toujours faible et il y a disproportion évidente entre le degré d'irritation de la muqueuse et l'étendue de l'ulcération cornéenne.

L'agent pathogène qui produit les ulcérations me paraît être le même que celui qui détermine l'irritation chronique de la muqueuse. C'est la graine de l'ophtalmie granuleuse qui seule est capable d'amener ces larges ulcérations si tenaces, si rebelles au traitement. De même que les anciens phlycténulaires voient quelquefois au bout de trente ans leurs tarses s'ulcérer et de nouvelles phlyctènes éclore, de même les anciens granuleux, ensemencés avec la graine granuleuse, seront exposés à l'ulcération dix ans, vingt après guérison apparente de la conjonctivite première. On aperçoit là une analogie frappante avec d'autres maladies virulentes, la tuberculose en particulier.

Ceci est pour moi autre chose qu'une question de doctrine. Je veux en tirer une conclusion thérapeutique. Si les ulcères tardifs de l'ophtalmie granuleuse, ne sont pas dus à la *graine* des conjonctivites banales, il s'ensuivra qu'il ne faudra pas compter pour les guérir, sur le traitement efficace en pareil cas : pommade

jaune, sulfate de zinc, etc. L'expérience a depuis longtemps confirmé cette déduction.

Habituellement on a recours en pareil cas au nitrate d'argent en solution faible, uni à la pommade jaune, au port du bandeau. Le nitrate donne des résultats favorables, incontestablement; mais son action est infidèle. Certains malades n'en tirent aucun profit. Pendant des semaines et souvent des mois on peut voir ces malheureux, en proie à une photophobie terrible et à un larmoiement incessant, passer leurs journées dans quelque coin obscur.

Le malade que je vous présente, *G...*, âgé de 38 ans, journalier, en est un exemple recueilli dans ce *pandæmonium* de misère oculaire qu'est le *Pavillon d'Isolement* des Quinze-Vingts.

Cet homme s'est présenté à la consultation au mois d'août 1902 pour une conjonctivite granuleuse compliquée de catarrhe conjonctival. On lui fit le traitement ordinaire pendant quelques jours et une amélioration se produisit. Mais cinq semaines ne s'étaient pas écoulées que le malade revint avec une poussée purulente accompagnée cette fois d'ulcération des cornées. Hospitalisé, on le traite par les cautérisations au nitrate d'argent, les brossages, le cuivre, la pommade jaune, etc., bref tous les moyens de l'arsenal anti-granuleux sans oublier le jéquirity et la tonsure.

Il fut soigné ainsi pendant six mois successivement par deux de mes collègues et au bout de ce temps l'état de cet homme était lamentable. Les cornées étaient couvertes d'ulcérations larges et d'un réseau vasculaire. Une photophobie atroce l'obligeait à se cacher de la lumière et on avait fini par renoncer à tout traitement actif. C'est dans cet état que je le trouvai le 1^er^ juin dernier.

De suite je me rappelai des cas identiques dont quelques-uns ont fait l'objet d'un travail publié en 1896 dans les *Archives d'ophtalmologie*[1]. J'étais arrivé depuis longtemps à cette conviction que l'ulcération cornéenne reconnaissait toujours pour cause un état catarrhal de la conjonctive. Pas de catarrhe, pas d'ulcérations, était devenu pour moi une sorte d'axiome. Je n'ai jamais vu d'ulcération concurremment avec les granulations sèches. Par contre l'agglutinement matutinal des paupières précède toujours et annonce quelquefois l'apparition des ulcères.

Or contre le catarrhe conjonctival de toute nature nous avons un agent dont l'efficacité dépasse de beaucoup celle des sels d'argent. C'est le permanganate de potasse à la dose de 1/3000 environ porté avec mon entonnoir-laveur directement dans les culs-de-sac déplissés de la conjonctive. Son efficacité s'est révélée

1. Kalt, De l'emploi des grands lavages dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, *Arch. d'Opht.*, 1896.

à moi chez des milliers de malades. Mieux que cela; j'ai vu des malades cautérisés pendant des semaines par des oculistes pour un catarrhe banal, être guéris en l'espace de quelques jours par un lavage journalier.

L'action merveilleuse des grandes irrigations s'est retrouvée chez les trachomateux. Mais qu'on m'entende bien : l'irrigation n'a de valeur que contre l'élément sécrétion. Les granulations ne sont pas modifiées et réclament le traitement habituel. Mais en supprimant le catarrhe, on permet à la cornée de guérir et le malade sent avec joie ses paupières contracturées se détendre et s'ouvrir. Deux irrigations par jour sont nécessaires et l'on se contentera d'abord de faire passer un demi-litre de liquide tiède contenant, par litre, six centimètres cubes de solution saturée de permanganate de potasse. Progressivement on augmente le titre jusqu'à vingt centimètres cubes par litre et le volume jusqu'à un litre et même deux litres par œil.

Au début quand la constriction des paupières est violente, il sera bon d'employer le petit laveur pour nouveau-nés et d'instiller un peu de cocaïne et d'adrénaline. Les résultats de ce traitement ont été merveilleux chez le malade *G...* En moins d'une semaine les paupières s'ouvraient et les yeux supportaient la lumière. Les cornées, d'abord grises et ternes en totalité, se sont éclaircies notablement. Le malade se conduit facilement. Malheureusement il restera toujours des taies indélébiles.

J'estime que les lavages au permanganate sont l'auxiliaire indispensable de tout traitement intensif de l'ophtalmie granuleuse. On sait que notre thérapeutique actuelle, renouvelée des anciens, consiste essentiellement à amener une vive irritation de la conjonctive et finalement une organisation cicatricielle. Le brossage, les frottages avec des liquides caustiques (sublimé, etc.), les cautérisations au cuivre, les pointes de feu, l'électrolyse, n'agissent sans doute pas autrement. Eh bien! toutes les fois qu'une réaction catarrhale persistante, consécutive à l'emploi de ces moyens irritants, menacera d'amener des ulcérations, on fera bien de l'arrêter au plus vite par des lavages. J'ai vu des yeux se perdre à la suite d'un brossage trop énergique qui avait amené une poussée purulente suivie d'abcès larges de la cornée.

Ces lavages devront être continués pendant des semaines et même des mois. L'outillage est peu coûteux et les malades apprennent facilement à s'en servir. Sans doute ils ne guériront pas leurs granulations par ce moyen seul; mais ils éviteront à leurs cornées des taies indélébiles qui, les granulations une fois guéries, les laisseraient néanmoins demi-aveugles.

Quelques mots maintenant sur la technique. On se munira des

laveurs en verre de mon modèle qui sont de trois tailles : pour nouveau-né, moyen et grand. Le laveur est relié par un tube de caoutchouc au bock posé sur une tablette ou simplement sur une chaise qu'on a placée sur la table où repose la cuvette qui recevra le liquide écoulé. On fera passer dans chaque œil un demi-litre à un litre et demi de liquide tiède. Ce liquide contiendra de dix à cinquante centimètres cubes de solution saturée de permanganate de potasse (solution mère) par litre d'eau tiède ordinaire. — Aller progressivement, ne pas brutaliser le malade atteint de blépharospasme douloureux. Instiller, les premières fois seulement, de l'adrénaline et de la cocaïne. Répéter le lavage matin et soir. Continuer pendant des semaines et mêmes des mois, tant que les ulcérations auront tendance à revenir. Les malades pourront les faire chez eux sans difficulté.

M. Darier. — L'observation que nous présente M. Kalt est des plus intéressantes et c'est toujours avec une vive satisfaction que nous devons accueillir un moyen thérapeutique qui nous permettrait de guérir ou de soulager un trachomateux atteint d'ulcérations cornéennes.

Jusqu'ici, pour ma part, je me suis servi dans ces cas des instillations de dionine qui agissent parfois très bien et très vite en calmant la douleur et en provoquant une cicatrisation assez rapide de l'ulcération.

Mais, je le reconnais, ce moyen ne réussit pas chez tous les malades. La cocaïne et l'adrénaline n'ont qu'une action passagère. Quand l'élément catarrhe est très marqué, j'emploie les instillations d'argyrol et le protargolage des paupières et des cils ; par ce moyen, bien mieux que par le trop irritant nitrate d'argent, la sécrétion est très promptement tarie. La pommade jaune contre l'érosion cornéenne réussit alors très bien. Mais, si la photophobie et le blépharospasme sont trop marqués il faudra intervenir chirurgicalement, et ce n'est pas en général par le brossage ou le curettage qu'il faut intervenir dans ces cas, à moins qu'il n'y ait indication particulière pour combiner les deux opérations.

Mais le meilleur moyen de faire cesser rapidement le blépharospasme est l'incision de l'angle externe de la paupière avec canthoplastie. S'il y a indication pour l'éradication chirurgicale de tout ce tissu granuleux, l'agrandissement de la fente palpébrale facilitera grandement la mise à jour de tous les foyers trachomateux.

M. Jocqs. — Dans les cas de pannus considérable avec photophobie, on obtient quelquefois une très grande amélioration en faisant la péritomie et en appliquant, immédiatement après, des

pointes de feu légères au niveau du limbe. Pansement occlusif pendant plusieurs jours.

La dionine est et restera un excellent médicament dont nous pouvons attendre de très grands services. La dionine peut être efficace dans toutes les affections douloureuses de l'œil et quelquefois à des doses très faibles. Mais il faut savoir que sa puissance active varie suivant la maladie, suivant le malade, et suivant la pureté du médicament.

M. ANTONELLI. — Je suis heureux d'entendre M. Jocqs parler de la péritomie, car je trouve que cette opération a été délaissée, beaucoup trop et à tort, ces temps derniers. Réellement, la péritomie aux ciseaux, ou la péritomie ignée par une couronne serrée de pointes de feu, donnent dans beaucoup de cas de pannus invétéré, des résultats très brillants. — M. Kalt a fait le procès du nitrate d'argent, mais il ne faut pas oublier les services immenses que ce remède nous rend, pour supprimer la sécrétion purulente dans les poussées aiguës ou subaiguës des vieux trachomes, pour faire faire *peau neuve*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, à la conjonctive infectée. Aucun sel, à mon avis, ne saurait remplacer le nitrate d'argent, et lorsqu'il échoue les autres topiques échouent aussi.

M. MORAX. — Il y a plusieurs choses à différencier dans les lésions cornéennes au cours du trachome.

Il y a d'une part, des lésions résultant de l'extension à la cornée du processus infectieux trachomateux lui-même.

Il y a en outre des infections superposées de la cornée : par le pneumocoque, le diplobacille liquéfiant, etc.

Enfin les infections aiguës de la conjonctive superposées au trachome peuvent aussi donner lieu à des complications cornéennes: gonocoque, bacille de Weeks ou diplobacille.

Je regrette que M. Kalt ne nous ait pas précisé sur lesquelles de ces lésions cornéennes, les lavages au permanganate étaient susceptibles d'agir. Si c'est sur la kératite trachomateuse proprement dite, le fait est très intéressant car nous savons tous combien ces lésions sont parfois persistantes et tenaces même dans leur évolution active. Il ne faut pas oublier cependant que ces processus cornéens granuleux peuvent s'enrayer spontanément, et que comme pour les lésions conjonctivales il peut y avoir régression et cicatrisation spontanée des lésions. Au sujet du protargol je dirai qu'il faut aussi établir des distinctions. Dire catarrhe de la conjonctive, ce n'est plus parler de maladie précise. Le protargol continue à me donner de bons résultats dans la conjonctivite aiguë contagieuse à bacille de Weeks, mais dans cette forme d'infection conjonctivale seulement.

M. A. Terson. — A propos du permanganate, je mentionnerai que j'ai fait récemment quelques badigeonnages au permanganate en solution saturée dans le trachome sécrétant. La réaction a été beaucoup moindre que je ne le pensais, mais je n'ai pas constaté d'amélioration du trachome par ce genre de traitement.

M. Kalt. — Le malade que je vous ai présenté réalise un des types les plus graves d'ophtalmie granuleuse qu'il soit donné d'observer dans nos pays. Cet homme a été traité à l'hôpital pendant six mois et au bout de ce temps ses cornées étaient couvertes d'ulcérations; la photophobie, le blépharospasme étaient tels que depuis des semaines, il lui était impossible de voir la lumière; enfin une sécrétion tenace ne cessait de s'écouler de ses yeux malgré les applications prolongées de nitrate d'argent à dose faible. J'essaye les lavages au permanganate et en moins de quinze jours les yeux sont ouverts au grand jour; au bout de trois semaines les cornées se sont éclaircies au point que le malade peut distinguer les objets et se conduire. Et on n'a fait aucun autre traitement, sauf l'introduction d'un peu de pommade jaune chaque jour. La muqueuse des culs-de-sac reste épaissie et manifestement trachomateuse. Il faut avouer que s'il y a eu là une accalmie spontanée, comme le suppose M. Morax, la coïncidence est au moins curieuse et on ne s'explique pas qu'un résultat si beau se maintienne depuis six semaines.

Maintenant il ne faut pas croire qu'il suffise d'introduire du permanganate entre les paupières pour voir les ulcères de la cornée guérir. Lorsque le blépharospasme et les douleurs à l'ouverture des paupières sont intenses, je me garde bien d'augmenter le mal par un traitement violent tel que l'introduction de solution concentrée à 1/15e de permanganate de potasse. Cette solution dont la causticité est faible, je le reconnais, est beaucoup trop irritante et ne peut qu'irriter davantage l'œil. J'ai soin, au contraire, après emploi de cocaïne et d'adrénaline, d'introduire entre les paupières un tout petit laveur pour enfants et de ne faire passer tout d'abord que très peu de solution faible, un demi-litre, au plus, matin et soir. Peu à peu on augmente la quantité de liquide et sa concentration, mais en observant de près la tolérance du malade. En somme, ici comme partout, il ne faut pas obéir à des formules toutes faites, mais faire de la médecine sage et opportuniste.

Ce malade avait été traité pendant longtemps avec le nitrate cher à M. Antonelli, et malgré tout il allait très mal. C'est que le nitrate faible est infiniment moins actif que les lavages au permanganate. J'ai fait cette expérience depuis des années sur des centaines de malades atteints de catarrhes variés. Bien plus, quand vous aurez nitraté pendant une quinzaine de jours sans succès un

malade atteint de catarrhe banal (exception faite du catarrhe avec *phlyctènes*), essayez de grands lavages. Vous serez étonnés de la rapidité de la guérison.

Ce malade avait été péritomisé, sans succès d'ailleurs, par M. Valude, et j'en suis fort aise ; car j'ai observé bien souvent que la péritomie, si elle est un bon moyen éclaircissant, est un très médiocre calmant.

J'en dirai autant de la canthoplastie recommandée par M. Darier. Je la considère comme un moyen barbare lorsqu'elle a uniquement pour objet de combattre le blépharospasme. Sans compter que le succès est rien moins que certain, on obtient quelquefois un résultat que l'on ne cherchait pas : le relâchement de la paupière supérieure qui vient tomber en auvent, au moment de l'occlusion des paupières, en avant de la paupière inférieure. Le frottement des cils amène alors une irritation chronique qu'il est impossible de faire disparaître. J'ai vu plusieurs cas de ce genre, dont un il y a quelques jours, chez une femme de la consultation externe qui avait été opérée ailleurs. Ne vaut-il pas cent fois mieux guérir les ulcérations par des moyens inoffensifs tels que le lavage, sans créer de nouvelles difformités et en tout cas, sans faire une opération douloureuse ?

J'aurais été heureux de dire ici que le protargol avait justifié la réputation que lui a fait notre collègue Darier. Mais je dois avouer que ce médicament qui a été largement employé au début par mes collègues et par moi-même, est tombé en complet discrédit au Pavillon d'Isolement et qu'on a depuis longtemps cessé de s'en servir.

M. Jocqs. — Je suis fort surpris d'entendre M. Kalt nier l'effet du protargol dans la conjonctivite catarrhale. C'est précisément dans cette maladie que réside son triomphe. Il y a longtemps que je n'emploie plus le nitrate d'argent dans les conjonctivites simples.

MM. A. Chevallereau et J. Chaillous. **Gomme de la sclérotique.** — Mlle Charlotte C..., âgée de 25 ans, fleuriste, s'est présentée à la clinique des Quinze-vingts le 11 mai dernier. En outre d'une taie située un peu au dehors du centre de la cornée droite, avec astigmatisme irrégulier et d'un leucome adhérent, à la partie inféro-externe du bord de la cornée gauche, les deux consécutifs à des ulcérations pour lesquelles l'un de nous l'a soignée il y a 16 ou 17 ans, on trouve une énorme saillie de la sclérotique droite contournant la partie externe du bord de la cornée.

Cette affection a débuté il y a un peu plus de deux mois, dit la malade qui a constaté à la suite une tache rouge mais sans douleur

et sans trouble de la vue; depuis les phénomènes ont augmenté peu à peu, la première fois que la malade est venue nous voir elle avait absolument l'aspect de la sclérite, aussi nous avons d'abord formulé ce diagnostic et nous avons appliqué à la malade des pointes de feu, mais bientôt l'aspect avait considérablement changé.

Huit jours après en dehors de la cornée droite existe une tumeur diffuse saillante d'environ deux millimètres, rosée, recouverte par une conjonctive très vascularisée qui ne lui est pas adhérente, cette saillie et irrégulière, ses bords, peu marqués, se confondent avec les parties voisines. En dedans cette tumeur est nettement limitée par le limbe; son diamètre transversal est d'environ un centimètre; en haut elle s'étend jusqu'au méridien vertical, elle se prolonge moins loin, à la partie inférieure, mais néanmoins arrive au niveau du bord inférieur de la cornée. La consistance de la tumeur est à peu près égale à la tension intraoculaire normale; il n'y a aucune douleur, soit à la pression, soit spontanément.

L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune lésion, aucun trouble de transparence des milieux en dehors de la taie déjà signalée. Elle a de ce côté en plus d'un astigmatisme irrégulier très prononcé, un astigmatisme myopique direct de 25 pour l'œil droit, de 0,50 pour l'œil gauche. L'acuité visuelle après correction est de 1/4 pour chaque œil. Le champ visuel est normal.

Les antécédents de la malade sont à peu près nuls en dehors de ses accidents oculaires eux-mêmes. Elle est mal réglée, mais elle l'a toujours été, elle ne maigrit ni ne tousse et son état général est en somme satisfaisant.

Son père est mort à l'âge de 42 ans après être resté six ans malade de tuberculose. La mère a de la bronchite chronique, mais continue à se bien porter.

Elle a eu sept autres enfants, trois sont encore vivants et bien portants; quatre sont morts, un d'accident, un de convulsions, deux de croup.

Malgré l'absence de tout antécédent spécifique, nous avons mis la malade au sirop de Gibert qu'elle a pris pendant une dizaine de jours, puis aux injections de cyanure de mercure, enfin aux injections d'huile grise.

L'aspect de la tumeur s'est sensiblement modifié depuis que la malade est en observation. Le 8 juin nous notons que la tumeur a pris un aspect moins lisse, plus mamelonné que lors du premier examen, elle se compose d'une série d'élevures de couleur jaunâtre séparées les unes des autres par des sillons peu profonds; la hauteur moyenne de ces saillies est d'environ 3 ou 4 millimètres au-dessus de la sclérotique. Au niveau des points culmi-

nants la vascularisation est notablement moins prononcée que dans le reste de l'étendue.

Le 10 juin la malade se plaint de maux de tête localisés dans la région frontale droite, mais ces maux de tête n'empêchent ni le sommeil ni le travail. Nous enlevons un petit fragment de la tumeur, fragment ferme, blanc grisâtre, que nous inoculons à un cobaye.

Le 12 juin, il existe une petite ulcération au niveau de la partie excisée de la tumeur, mais les maux de tête ont diminué.

Le 15 juin on cesse les injections de cyanure pour commencer les injections d'huile grise.

Le 19 juin nous constatons pour la première fois une amélioration notable, la tumeur forme certainement une saillie moins élevée; elle est de même plus lisse et l'injection conjonctivale est notablement moins prononcée.

Cette amélioration continue le 22 juin, le 24; le 29 cependant la malade se plaint d'un peu plus de douleur dans l'œil droit.

Le 6 juillet nous constatons une amélioration considérable, la saillie a presque entièrement disparu, sauf au niveau du point où nous avons prélevé un fragment. L'aspect de la région est celui que donne habituellement une sclérite étendue; la lésion reprend donc l'apparence qu'elle avait tout à fait au début. Il y a même à ce niveau une certaine douleur à la pression qui n'existait pas ces temps derniers.

Depuis huit jours la malade a accusé dans diverses régions du corps, le côté gauche de la poitrine, les épaules, la tête, des douleurs vagues mais assez intenses qu'elle a attribuées à la dernière injection d'huile grise faite le 29 juin, sans que nous ayons cru devoir établir entre les deux de relation de cause à effet. Ces douleurs jointes à un peu de fièvre, dit-elle, l'ont même obligée à garder le lit pendant cinq jours.

Cette observation nous paraît surtout intéressante par ce fait qu'un malade sans aucun antécédent spécifique a pu présenter une gomme de la sclérotique et que cette gomme guérit sous l'influence du traitement mercuriel avec une rapidité telle qu'il paraît réellement impossible de nier ici l'influence du traitement.

L'histoire de notre malade présente d'ailleurs les plus grandes analogies avec celle de la jeune femme qui a été présentée par notre collègue Dolt à la séance de février dernier.

M. Daulnoy. — J'ai eu l'occasion d'observer l'hiver dernier un cas semblable à celui que nous présente M. Chevallereau. Je n'ai pas pensé un seul instant, je l'avoue, à porter le diagnostic de gomme de la sclérotique. La tuméfaction était assez considérable, peut-être autant qu'elle l'a été chez la jeune fille présentée

aujourd'hui. J'ai fait, dès que j'ai vu mon malade, des cautérisations au thermocautère, la tuméfaction a augmenté, et j'eus alors l'idée de faire des injections sous-conjonctivales de Hg Cy à 1/1000 comme l'a indiqué mon maître le Dr Darier dans les cas d'épisclérite. Après deux injections faites à 8 jours d'intervalle, mon malade a parfaitement guéri.

M. Morax. — J'ai observé dernièrement deux cas de lésions sclérales assez semblables à celles que nous montre M. Chevallereau. Dans ces deux cas néanmoins il existait une infiltration de la sclérotique amenant une saillie à l'extérieur et à l'intérieur de la coque oculaire. Du côté des membranes profondes on notait un soulèvement rétinien très accusé et du côté extérieur des bosses refoulant la paupière et déformant le globe oculaire. L'un de ces malades était un homme syphilitique présentant des troubles cérébraux et des troubles papillaires. L'amélioration fut complète par l'influence du traitement antisyphilitique, mais la guérison nécessita un traitement de trois mois au moins. Chez ce malade il n'y eut pas ulcération conjonctivale. Il n'en fut pas de même chez la seconde malade, une jeune fille de dix-neuf ans; ici il se produisit une ulcération très manifeste de la conjonctive. L'inoculation du tissu excisé faite à un cobaye il y a un mois n'a pas encore donné lieu à des signes de tuberculose expérimentale. Je réserve encore le diagnostic mais l'heureuse influence produite par le traitement mercuriel semble indiquer ici aussi une étiologie syphilitique. En dehors de la tuberculose et de la syphilis nous ne connaissons pas de processus infectieux susceptibles de donner lieu à ces lésions quant à leur désignation, on peut évidemment dans les cas légers discuter le nom de gomme mais nous savons qu'entre la gomme nettement limitée et l'infiltration diffuse légère il y a tous les intermédiaires et que ce qu'il importe de voir ce n'est pas tant la forme de la lésion que la cause qui la produit.

M. A. Terson. — Le nom d'épisclérite gommeuse proposé par de Wecker, doit rester appliqué à ce genre de lésions. Il exprime en effet complètement l'aspect clinique du mal qui pendant longtemps peut ne pas différer de l'épisclérite vraie. Chez un malade rhumatisant et syphilitique avéré, et où la lésion résistait aux frictions mercurielles il m'a été impossible d'avoir un diagnostic ferme jusqu'au moment où le bouton s'ulcéra, et guérit d'ailleurs par les injections mercurielles.

M. Chaillous. **Contribution au traitement des hémorragies rétiniennes.** — *Rapport sur un travail du* Dr Poinot. — M. le Dr Poinot, à l'appui de sa candidature à une place de cor-

respondant national, présente à la Société d'Ophtalmologie un mémoire sur le traitement des hémorragies rétiniennes.

L'auteur a observé chez un malade atteint de diabète et d'albuminurie des hémorragies rétiniennes graves. Après avoir essayé, mais sans résultat, les méthodes ordinaires de traitement (ergotinine, sulfate de quinine), M. Poinot pratique du côté de l'œil droit, des injections sous-conjonctivales d'un centimètre cube de sérum gélatiné à 5 p. 100, contenant 5 p. 100 de chlorure de sodium. Du 10 avril au 20 octobre, 16 injections furent pratiquées et chaque fois, dit l'auteur, le sang épanché fut coagulé presque aussitôt et l'hémorragie s'arrêta. En décembre l'œil fut atteint de glaucome et iridectomisé. Peu après, de nouvelles hémorragies survinrent que n'enrayèrent pas le sérum gélatiné. L'auteur fit une injection d'un centimètre cube de sérum gélatiné auquel il ajouta une goutte d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1,000.

Il répéta cette intervention tous les huit jours dans le but de prévenir l'apparition de nouvelles hémorragies et cessa les injections en avril. Depuis, l'état est resté stationnaire et les hémorragies ne se sont pas produites.

L'auteur fait suivre cette observation de remarques sur la thérapeutique générale des hémorragies rétiniennes, sur la thérapeutique qu'il a suivie, et sur l'indication de l'iridectomie préventive du glaucome hémorragique.

Les conclusions de l'auteur en faveur des injections de sérum gélatiné sont peut-être un peu trop optimistes, puisqu'en six mois il a dû faire seize injections pour seize récidives de la même lésion. De plus, nous ne devons pas oublier quels sont les dangers qui résultent de l'emploi du sérum gélatiné. Récemment en effet MM. Dieulafoy et Chauffard ont rapporté seize cas de tétanos consécutifs à ces injections.

Nous devons, en tout cas, remercier M. Poinot de son observation et des remarques intéressantes qui la suivent.

M. Jocqs. — Je connais très bien le malade qui a fait l'objet de l'observation de M. Poinot ayant été appelé auprès de lui en consultation par notre confrère.

Il s'agissait ici d'un cas des plus graves. L'œil gauche était perdu à la suite d'une forte hémorragie intraoculaire qui avait décollé la rétine et désorganisé le corps vitré. Des hémorragies rétiniennes commençaient à se montrer dans l'œil droit. L'une de ces hémorragies, déjà très abondante, s'étendait en nappe à la partie inférieure et paraissait avoir déjà rompu la rétine et prête à faire irruption dans le vitré. Or une première injection sous-conjonctivale de sérum gélatiné paraît avoir coagulé cette hémor-

ragie sur place, car elle n'a pas augmenté d'étendue et est restée en place, se désagrégeant peu à peu, pendant plusieurs mois. Il serait vraiment difficile de ne pas voir là un effet de l'injection, surtout après ce qui venait de se passer pour l'autre œil irrémédiablement perdu. D'autres hémorragies rétiniennes se sont, il est vrai, produites dans la suite, mais aucune aussi abondante ; car elles semblent toutes avoir été arrêtées dans leur marche par des injections de sérum gélatiné faites à propos.

Si dans ce cas les injections n'ont pas empêché les hémorragies de se produire, au moins paraît-il indéniable qu'elles les ont empêchées de devenir désastreuses pour l'organe.

Quant à la crainte de tétanos, je crois qu'on peut la négliger complètement à condition d'employer un sérum parfaitement préparé et avec de la gélatine de poisson. Je n'ai jamais observé aucun accident après avoir fait une centaine de ces injections.

M. Poinot, dans son travail, a soulevé une autre question des plus intéressantes : il s'agit de l'iridectomie faite le plus tôt possible, presque préventivement, dès l'apparition des premiers signes de glaucome dans un œil atteint d'hémorragies rétiniennes.

Dans son cas, dans les deux yeux il s'est produit des phénomènes prémonitoires de glaucome. Sur mon conseil, et d'après les cas semblables que j'avais observés et publiés, il n'a pas été attendu que le glaucome fût arrivé à son apogée, où il eût été impossible ou du moins fort imprudent d'opérer. L'iridectomie a été faite dès la manifestation des premiers symptômes et le glaucome n'est pas allé plus loin. Je suis très partisan de l'iridectomie préventive dans le glaucome hémorragique, ainsi que je l'ai déjà dit (*La Clinique ophtalmologique*, 25 mars 1898), persuadé que si l'iridectomie ne peut rien contre la cause du glaucome, elle agit au contraire sûrement comme soupape de sûreté en empêchant l'hypertension suraiguë et les désordres qui en sont la conséquence.

M. F. Terrien. *Rapport sur un mémoire de M. le Dr Oliveres Franquez (de Tortosa, Espagne) intitulé :* **Un cas de déchirure de la choroïde : très grande amélioration avec la pommade mercurielle.** — Voici brièvement résumée l'observation présentée par M. le Dr O. Franquez à l'appui de sa candidature : Jeune homme de 12 ans qui un mois auparavant avait été blessé à l'œil droit par une pierre en jouant avec ses camarades. Depuis vision très mauvaise et strabisme convergent de cet œil droit qui était fortement dévié en dedans. Au moment de l'examen : pupille dilatée, réaction paresseuse à la lumière, cristallin et cornée nor-

male. La papille est normale, mais tout près de sa partie externe on aperçoit une traînée blanc grisâtre d'une longueur équivalente à trois fois le diamètre de la papille, et mesurant un demi-diamètre environ dans la partie la plus large. Cette traînée présente une concavité tournée du côté de la papille. Par son extrémité supérieure elle se termine en faisant une pointe, mais par son extrémité inférieure elle présente un aspect cassé. Sur son contour on aperçoit quelques petits points noirs, surtout au niveau de ses extrémités. Au devant de cette traînée se voient très nettement des vaisseaux. Le reste du fond de l'œil est normal. V = 1/20.

Il s'agit en résumé d'une rupture de la choroïde de l'œil droit avec strabisme convergent de cet œil résultant de l'amblyopie. Un traitement mercuriel fut institué sous forme de frictions et dix-huit jours après, l'acuité visuelle de cet œil était remontée à 1/6. Depuis elle ne s'est pas modifiée malgré l'emploi des frictions mercurielles et de strychnine à l'intérieur.

Cette observation est intéressante à la fois par la netteté de la lésion ophtalmoscopique et aussi par l'amélioration survenue dans les troubles subjectifs. Toutefois on ne peut les attribuer uniquement au traitement institué. Nous savons en effet que dans toute rupture de la choroïde, l'acuité visuelle souvent complètement perdue au début s'améliore peu à peu, suivant une marche parallèle à la résorption des hémorragies choroïdiennes. De plus la cécité absolue ou presque absolue que l'on rencontre encore peu de jours après l'accident est due bien moins à la rupture choroïdienne qu'à la suffusion hémorragique qui se produit au milieu des cônes et des bâtonnets. La résorption graduelle et lente de l'épanchement sanguin nous explique le retour progressif de la vision. De plus on comprend mal une amélioration aussi rapide sous l'influence du traitement puis un arrêt complet dans la régression des lésions, en dépit de la thérapeutique instituée.

Toutefois ce fait mérite d'être retenu et le mercure en pareil cas nous paraît bien mieux indiqué que la strychnine, car nous ne pouvons jamais savoir exactement dans quelle cause le traumatisme réagit sur la choroïde et peut-être la déchirure chroïdienne s'accompagne-t-elle assez fréquemment d'un certain degré de choroïdite. C'est là un point qu'il serait intéressant de rechercher.

C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer un jeune sujet de 14 ans, qui à la suite d'un violent traumatisme sur l'œil droit (il avait reçu sur l'œil en jouant au foot-ball avec ses camarades une balle en bois violemment lancée), présentait une très petite irido-dialyse de la partie supéro-externe de l'iris et une

diminution considérable de la vision de cet œil. V = 1/50 deux semaines après l'accident. L'examen ophtalmoscopique pratiqué à ce moment ne montrait pas de ruptures nettes de la choroïde mais un trouble léger du vitré et de petits amas pigmentaires disséminés au voisinage de la papille avec sur places quelques très petites plaques d'atrophie choroïdienne. Le malade interrogé affirmait avoir toujours bien vu auparavant de l'œil blessé et la lésion semblait bien être la conséquence de l'accident. Un traitement mercuriel assez longtemps prolongé combiné au traitement local antiphlogistique usité en pareil cas ne donna aucun résultat.

Ce fait est intéressant et mérite d'être rapproché de celui du Dr Franquez. Le traitement mercuriel est certainement justifié en pareil cas et nous devons remercier M. Franquez d'attirer l'attention sur ce point. Son observation apporte une contribution de plus à l'étude des ruptures choroïdiennes et nous ne doutons pas que son travail ne vienne appuyer sérieusement sa candidature au titre de membre correspondant étranger de notre Société.

M. Darier, rapporteur, conclut à l'insertion *in extenso* dans notre *Bulletin* de l'intéressant travail adressé à la Société par le Dr Bettremieux.

M. Bettremieux (de Roubaix). **Rayons X en thérapeutique oculaire.** — Cette courte note a pour but d'attirer l'attention sur un mode de traitement encore peu connu en France et qui me paraît devoir prendre une place importante dans la thérapeutique de certaines affections externes des yeux, et notamment de l'ophtalmie granuleuse. Chez trois granuleux que j'ai soignés par l'exposition aux rayons de Röntgen les résultats m'ont paru supérieurs à ceux obtenus d'une façon générale et notamment jusque là chez les mêmes sujets par le traitement classique; chez l'un d'eux où le pannus prédominait, le résultat a été absolument remarquable.

Inaugurée en 1902 par Rust à Boston, par Mayou, Stephenson et Walsh à Londres la radiothérapie du trachome offre les avantages suivants : elle ne cause aucune douleur au patient, elle paraît guérir beaucoup plus vite que les moyens actuellement usités et en respectant bien mieux l'intégrité des tissus.

Ce traitement consiste à exposer pendant un temps qui varie de deux à quinze minutes la conjonctive malade aux radiations de l'ampoule de Crookes. Stephenson et Walsh exposent les yeux aux rayons X pendant dix à quinze minutes, Mayou a abandonné ces séances prolongées et conseille de ne pas dépasser deux minutes. J'ai suivi constamment cette dernière règle et les résultats que j'ai

obtenus prouvent que la guérison peut être acquise par des séances courtes et par suite inoffensives.

Il est absolument inutile, à condition de prolonger peu l'action des rayons de Röntgen, de se préoccuper de protéger les parties voisines comme cela a été fait et comme je l'ai fait moi même tout au début au moyen de plaques de plomb.

Les séances de dix à quinze minutes ont quelquefois produit sur les paupières et la face une irritation allant depuis une légère dermite superficielle jusqu'à la vésication; on a observé de légères infiltrations du côté des cornées, des altérations et une chute partielle des cils. Les doigts et les mains des personnes qui tiennent les paupières retournées ont quelquefois souffert surtout dans les expositions à courte distance.

Jusqu'ici le traitement a été fait le plus souvent en tenant les paupières retournées, la supérieure le mieux étalée qu'il est possible, l'inférieure relevée de façon à protéger la cornée sauf dans le cas où elle est le siège d'un pannus épais. D'une façon générale il est admis que les rayons qui modifient la nutrition des tissus agissent surtout sur les parties tout à fait superficielles, par suite les médecins qui ont appliqué la radiothérapie au trachome et moi-même avons jusqu'ici le plus souvent pris soin de retourner les paupières pendant l'exposition aux radiations de l'ampoule de Crookes; le fait de maintenir ainsi les paupières retournées quand on a plusieurs sujets en traitement outre qu'il est assujettissant n'est peut-être pas sans inconvénient et pourrait entraîner quelque danger; aussi serait-il heureux que la remarque faite à ce sujet par Stephenson et Walsh soit confirmée par un grand nombre de faits; d'après ces auteurs le résultat serait exactement le même que les paupières soient retournées ou qu'elles ne le soient pas.

Quand j'ai eu connaissance de la communication de nos confrères anglais j'ai essayé de ne plus retourner les paupières, chez ma première malade l'amélioration a continué à s'accentuer comme précédemment, les deux autres sujets m'ont déclaré que le traitement leur paraissait plus efficace quand les paupières étaient retournées. C'est un point de pratique qui ne me paraît pas définitivement tranché.

La distance des yeux à l'ampoule varie de 10 à 25 centimètres, j'utilise habituellement un courant de 16 volts et de 3 à 4 ampères.

Jamais je n'ai constaté le moindre inconvénient ni pour les yeux ni pour les parties voisines ni pour les mains de la personne qui tenait les paupières retournées.

D'une façon générale d'après ce que j'ai lu et ce que j'ai vu je suis partisan des séances peu prolongées et fréquentes, je soumets

les sujets aux rayons X tous les jours ou au moins 4 ou 5 fois par semaine. Stephenson et Walsh qui prolongent beaucoup plus les expositions (8 à 15 minutes) ne les répètent que tous les 5 jours en moyenne.

D'une façon générale la tendance est aux actions douces des rayons X et par suite aux séances courtes; dans le traitement du lupus on évite maintenant de provoquer ces dermites avec ulcérations laissant après elles des cicatrices profondes qui, peu après la découverte de Schif et Freund, passaient pour une condition indispensable de la guérison.

D'autres affections oculaires sont guéries ou améliorées par les rayons X, Mayou a signalé leurs bons effets dans l'ulcus rodens des paupières; chez une jeune fille scrofuleuse souffrant depuis cinq ans d'ophtalmie avec phlyctènes conjonctivales et ulcérations cornéennes, dont l'état était désespérant tant étaient fréquentes les rechutes dont chacune laissait après elle un état plus mauvais des cornées, j'ai obtenu une amélioration de l'état des yeux, un relèvement de l'acuité visuelle en rapport avec un éclaircissement des cornées par des expositions de une minute aux rayons X les yeux ouverts quatre ou cinq jours par semaine pendant cinq ou six semaines.

L'exposition des paupières aux radiations de l'ampoule de Crookes produit une hypérémie locale, elle agit vraisemblablement en activant la phagocytose et la résorption des tissus malades.

Je ne crois pas qu'il soit actuellement possible d'expliquer d'une façon bien satisfaisante les propriétés biologiques des rayons X, et d'ailleurs il n'est pas certain que ce soient les rayons X seulement ou même que ce soient eux qui agissent quand on expose les malades aux effluves de l'ampoule radiogène; pour cette raison Stephenson et Walsh trouvent qu'il vaudrait peut-être mieux parler du traitement par l'exposition au tube focus que de traitement par les rayons X.

Bien que différentes publications nous aient appris ce qu'il faut craindre des rayons X, malgré la délicatesse de l'œil et quoiqu'on ait signalé un affaiblissement de la vue par suite d'exposition prolongée aux rayons de Röntgen, je crois à l'innocuité de la radiothérapie en ophtalmologie pourvu qu'elle soit pratiquée prudemment et qu'on en ait un peu d'expérience.

Les radiations de l'ampoule de Crookes, ce n'est pas douteux, modifient très favorablement l'évolution des lésions trachomateuses surtout en ce qui concerne une de ses complications les plus graves, le pannus.

Quelques auteurs ont observé de bons résultats dans cette même maladie par l'application des courants de haute fréquence.

M. GALEZOWSKI. **Des conjonctivites catarrhales végétantes et trachomateuses et de leur traitement par la cuprieine (cyanure neutre de cuivre).** — La conjonctivite granuleuse ou trachomateuse est une de ces affections inflammatoires et contagieuses graves dans laquelle jusqu'ici malheureusement rien n'est défini, ni la nature, ni la pathogénie, ni le traitement.

Dans le rapport présenté au *Congrès égyptien de Médecine* (décembre 1902) Sameh Bey cherche à démontrer qu'il n'existe pas en Egypte une ophtalmie spéciale qui puisse porter le nom d'ophtalmie égyptienne.

« Une grande partie de la population, dit-il, est atteinte, en été, d'ophtalmies catarrhales ou muco-purulentes franches et qui prennent à ce moment de l'année le caractère épidémique aboutissant souvent aux granulations. »

Tous les autres auteurs égyptiens, n'admettent même pas la dénomination « d'ophtalmie égyptienne » propre au pays, car, disent-ils, cette ophtalmie se rencontre chez eux comme dans les autres pays. La suppuration conjonctivale qui en résulte est la conséquence d'une infection surajoutée à l'inflammation simple, catarrhale ou autre des conjonctives. En est-il réellement ainsi?

Le Dr Baudry qui a résumé très clairement les discusions tenues au Congrès à ce sujet (*Revue générale d'Ophtalmologie*, janvier 1903) s'exprime ainsi :

« Les conjonctivites catarrhales ou purulentes, endémiques en Egypte deviennent épidémiques pendant la saison estivale et frappent les Européens, mais surtout les enfants indigènes qui se contaminent entre eux. »

Quelle est donc la cause réelle et initiale du trachome? Pourquoi une conjonctivite simple, catarrhale, où il n'y a que des diplocoques ou des staphylocoques en abondance, se transforme-t-elle à la longue en conjonctivite granuleuse, trachomateuse? Les recherches faites n'ont jusqu'à ce jour décelé aucun microbe.

Addario pourtant a trouvé des follicules en formation ou en infiltration dans le tissu adénoïde du cul-de-sac.

D'autre part, on trouve dans les granulations un *élément cellulaire spécial*, très grand, rond qui contient plusieurs petits corps ronds ou en bâtonnets, se colorant très bien par la fuchsine et la thionine. Ces cellules sont déformées, étoilées (comme dit Ginsberg), et elles ont été décrites par Addario et Villars.

Marchand les a signalées dans plusieurs tissus enflammés, et elles se trouvent comme suspendues dans une goutte d'eau. Il les a appelés « phagocytes » qui ne sont que des cellules ou follicules à contours irréguliers, déformés et par moment étoilés? Ne serait-ce pas là un signe particulier propre au trachome? Les recherches

bactériologiques ont été jusqu'ici sans résultat. Notre confrère Morax a dit qu'un examen bactériologique négatif est un bon signe de trachome. D'autre part, que penser de cette phrase de notre maître récemment disparu, le professeur Panas, qui concluait après les échecs successifs de culture et d'inoculation « qu'il n'existe pas encore de microbe spécifique des granulations ».

Quelle est donc la signification des follicules géants signalés par Addario et Marchant? Ce ne sont pas assurément des microbes.

Il existe une autre série de principes morbides qu'on n'a pas encore recherché dans les conjonctivites et qui peut-être nous mettront sur la voie réelle de la cause des granulations. Ce sont des blastomycoses et des actinomycoses (Poncet de Lyon et Frank Mongomery de Chicago).

Dans sa dernière communication à l'*Académie de médecine*, Poncet s'exprime ainsi : « Il n'est pas douteux que la grande source de contamination pour l'homme comme pour l'animal est dans le règne végétal. Voici ses propres paroles : « Cette notion étiologique est confirmée par nos dernières recherches. C'est ainsi qu'en Alsace-Lorraine, les vallées du Rhin et de la Moselle comptent quatre fois plus d'actinomycosiques que le haut plateau de la Lorraine et que les arrondissements de la montagne. »

D'autre part nous trouvons dans les conclusions du travail de Béchamp (*Microzymas et microbes*, p. 169; Paris, 1893). « Ce qu'on appelle les germes de l'air, ne sont essentiellement que les microzymas. Avec ces microzymas, les poussières de l'air charrient les spores, les coccidies des plantes et champignons microscopiques et autres que le vent dissémine comme il le fait du pollen. »

Les plantes inférieures se divisent en algues et en champignons microscopiques, les premières sont des végétaux riches en chlorophylle, les seconds en sont totalement dépourvus.

Les zoospores des algues supérieures, sont les infusoires, munis d'un ou de plusieurs flagellums. Il faut donc bien se garder de prendre une zoospore d'algue ou de champignon incolore pour un infusoire.

Dans les granulations conjonctivales, on a vu des follicules transparents et si l'on se rapporte aux recherches de Addario, de Ginsberg et Marchant, on trouve là des cellules étoilées, déformées et des follicules en formation. On se demande donc si dans ces cas, il ne s'agissait pas d'algues microscopiques et de champignons implantés dans la conjonctive et semblables aux blastomycoses cutanées. Ce seraient des semences d'algues spéciales que l'on trouve dans les maladies de certaines plantes en Orient comme le

dit Dybowski, semences d'algues qui s'observent dans les maladies des vers à soie ou dans d'autres semblables.

Une fois implantées dans les conjonctives palpébrales elles y pullulent sur place sans s'introduire dans le sang, ce qui permet de les distinguer des microbes. Peut-être le trachome pourrait-il s'expliquer par des inoculations de semences végétales spéciales d'algues qui à la longue pullulent et constituent la lésion granuleuse dont la forme varie à l'infini aussi bien catarrhales, que trachomateuse.

Le cas que j'ai l'honneur de vous présenter ici est des plus intéressants qu'on puisse rencontrer, et je vous demande votre avis à son sujet.

Il s'agit d'un jeune homme de douze ans atteint de conjonctivite depuis un an et demi. Les paupières sont très malades pendant que ni le globe oculaire, ni la cornée, ni la conjonctive bulbaire ne portent de trace de l'affection.

Si l'on renverse les paupières supérieures on constate des saillies bourgeonnantes, bosselées, granuleuses, de forme végétante. Ces bourgeons sont fortement saillants et séparés par des sillons verticaux et profonds.

J'ai fait pratiquer l'examen microscopique par un de mes élèves et on n'a trouvé que des leucocytes polynucléaires, des cellules transparentes et lymphoïdes avec des streptocoques.

Le malade habite le nord de la France et a été soigné à Metz, à Lille et ailleurs. A Metz, on lui fit des excisions, des cautérisations au galvanocautère, à Lille et à Paris, des cautérisations et des brossages sans aucun résultat.

J'ai pensé qu'il s'agissait là d'une affection végétante, provoquée par des germes de semence d'algues microscopiques, telles que celles décrites par Montgomery de Chicago, dans certaines éruptions cutanées, et dont M. Poncet a cherché à démontrer l'existence dans les catarrhes des muqueuses pharyngées et pulmonaires. Pour moi, les grosses cellules des saillies végétantes ne sont autres que des sortes d'algues.

Mais que faut-il faire en pareille circonstance pour porter remède à cette affection et faire disparaître ces microzymas et ces zoospores d'algues?

Il fallait, me semblait-il, non seulement détruire les germes des granulations, mais rendre en même temps le terrain conjonctival aride pour le développement des spores ainsi implantées.

Il fallait chercher un sel chimiquement pur, capable d'être appliqué sur la surface conjonctivale, sans altérer son épithélium et sans faire souffrir le malade.

Ce sel je l'ai trouvé. C'est un composé de *cyanure de cuivre*

double, que j'appelle *cupricine*, *soluble*, qui a été obtenu sur ma demande, par MM. Petit et Alboui, de la pharmacie Mialhe. Il est parfaitement neutre et, appliqué dans les ophtalmies granuleuses, donne d'excellents résultats que j'ai communiqués, il y a un mois, à l'Académie de médecine.

J'ai voulu avoir sur ce sel, l'avis de M. le professeur Gautier; il m'a déclaré que le cyanure de cuivre double quoique signalé par Gerhardt (*Traité de chimie organique*, t. 1er, p. 318), n'a jamais été utilisé en thérapeutique à cause de sa toxicité.

Je l'ai expérimenté depuis le mois de novembre de l'année dernière, sous forme d'une solution neutre à 1 p. 1.000 ou à 1 p. 500, ou en pommade à 1 p. 100, ou bien en crayon à 1 p. 100 et à 1 p. 25.

Les résultats de ce médicament ont été on ne peut plus satisfaisants, je dirai même suprenants.

Sur le malade en question, le sel a agi d'une façon extrêmement rapide et le jeune homme a été vite soulagé.

Je suis heureux d'attirer l'attention de mes confrères sur ce nouveau produit qui, j'en suis certain, trouvera auprès d'eux un accueil favorable comme moyen spécifique dans toutes les conjonctivites et plus particulièrement dans les conjonctivites à forme végétante et dans le trachome en particulier.

M. Darier. — Je suis heureux d'entendre M. Galezowski nous présenter un nouveau sel de cuivre moins douloureux que le crayon bleu dont beaucoup se servent encore. Pour le cuivre comme pour l'argent, les progrès incessants de la chimie nous donnent tous les jours de nouvelles combinaisons organiques infiniment moins douloureuses, et actives cependant, si l'on sait en répéter l'emploi assez fréquemment, comme nous l'avons indiqué pour le protargol et plus récemment pour l'argyrol.

Il y a un an, je vous avais présenté ici le cuprol, combinaison contenant 3 à 5 p. 0/0 de cuivre avec un albuminoïde. Cette préparation avait l'avantage d'être absolument indolore, quoiqu'active; mais les solutions s'altéraient si rapidement que j'ai dû renoncer à son emploi.

En revanche, je vous présente un citrate de cuivre isolé en 1836 par Gay-Lussac et introduit tout récemment en thérapeutique oculaire par von Arlt et employé avec succès par Bock, Fuchs, Sattler, etc.

J'ai moi-même mis à l'essai ce citrate de cuivre et je puis dire que j'en suis très satisfait; mais je vous préviens qu'il en est de ce sel comme du précipité jaune; celui que l'on trouve en général dans les pharmacies est vieux, altéré et très irritant.

Quant au malade, que nous présente M. Galezowski, il est

atteint de la forme papillomateuse tarsienne du catarrhe printanier, affection qui ne ressemble en rien au trachome.

M. ANTONELLI. — Le propre des cas dont nous venons de voir un si beau spécimen est de ne jamais se compliquer d'affection cornéenne. Or, on concevrait difficilement un vrai trachome, à ce degré de développement, sans au moins un début de pannus. D'autre part, la différence histopathologique est grande, car les végétations, dans les cas de ce genre, sont en totalité, ou presque en totalité, épithéliales, et n'ont rien de commun avec les granulomes trachomateux logés plus ou moins profondément dans le tissu même de la conjonctive, et au-dessous d'elle. — Quant au traitement, il doit être le même que celui des vulgaires *crêtes de coq* d'autres régions de l'organisme : excision, aux ciseaux ou au bistouri, mais ***suivie de cautérisation ignée*** de la plaie, pour détruire la source même des végétations, et en remplacer chacune par un petit ilôt cicatriciel définitif.

M. PÉCHIN. — Le malade, que vient de nous présenter M. Galezowski, est atteint de l'affection désignée sous le nom de conjonctivite printanière. C'est la forme végétante. Nous ne savons pas grand'chose sur son étiologie et son anatomie pathologique. La terminologie variée de cette affection en est un indice. Entre cette forme végétante et la forme la plus légère existent de nombreuses variétés intermédiaires. J'ai soigné, il y a cinq ou six ans, un jeune homme atteint de la forme légère. Les paupières supérieures renversées présentaient une espèce de mosaïque, constituée par des néoformations plates, larges, non adhérentes au tissu sous-jacent par toute leur surface basale, mais pédiculées. Divers topiques et quelques séances d'excision n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Les troubles fonctionnels sont presque nuls. Ce jeune homme employé dans un bureau pouvait travailler sans gêne et actuellement il fait son service militaire.

M. MORAX. — J'espère que M. Galezowski nous apportera à la prochaine séance, non les dessins, mais les préparations des coupes faites de ce très intéressant cas de conjonctivite printanière à infection tarsienne. S'il y a trouvé des cellules à corpuscules, ce sera un fait de plus à invoquer contre la non spécificité de la présence de ces cellules dans les lésions granuleuses et contre l'hypothèse de leur nature parasitaire, hypothèse qui ne compte d'ailleurs plus aucun partisan; M. Galezowski nous parle des blastomycètes de Montgomery, s'il a lu le travail de l'auteur américain, il aura pu se convaincre qu'il s'agissait de parasites de culture facile, or dans les granulations, à supposer qu'il s'agisse de blastomycètes, tous les essais de culture sont demeurés stériles à ce point de vue.

M. GALEZOWSKI. — Aux observations de mes confrères, je répondrai tout d'abord que je n'ai pas prétendu donner le cas de ce jeune homme comme un exemple de granulation type. J'ai voulu seulement insister sur l'amélioration rapide de ses végétations obtenue par l'emploi du nouveau médicament que je vous présente : la cupricine. Je dirai à M. Antonelli que l'excision a été pratiquée sur ce malade, mais sans aucun succès.

J'ai voulu enfin, à l'occasion de l'agent nouveau que j'ai introduit en thérapeutique oculaire, présenter quelques idées nouvelles sur la pathogénie et l'étiologie des conjonctivites granuleuses (granulations vraies et fausses granulations).

Ces idées puisées dans des travaux antérieurs me semblent devoir être fécondes en résultats et nous donner la solution d'un problème recherché depuis si longtemps.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Madrid, 23-30 avril 1903)

SECTION D'OPHTALMOLOGIE

Présidents d'honneur : Drs GALEZOWSKI, LANDOLT, ANGELUCCI et BANCINELLI, HOWE, VOLKMANN, WICHERKIEWICZ, GROSSMANN et POIRER, COPPEZ, SANTOS FERNANDEZ.

Analyse par le Dr A. BEAUVOIS

RAPPORTS OFFICIELS

Première session.

Président : Dr ALBITOS (Madrid).

Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales, par CASTRESANA (Madrid). — L'incision du point lacrymal dans les rétrécissements du canalicule, la ponction du sac par sa paroi antérieure dans les dacryocystites aiguës, le cathétérisme rarement et mieux l'extirpation de la glande lacrymale, telles sont les grandes lignes thérapeutiques du Dr Castresana. L'auteur est sceptique au sujet des injections de liquides astringents et de l'électrolyse, procédés, dit-il, qui ne donnent aucun résultat. Il semble bannir à peu près le cathétérisme des voies lacrymales. Quant aux moyens proposés pour détruire le sac, aucun n'est

radical (extirpation, curetage et thermo-cautère) car la principale difficulté est la destruction complète du sac.

Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales, par DE LAPERSONNE et ROCHON-DUVIGNEAUD (Paris). — Dans les formes chroniques les auteurs considèrent le larmoiement simple avec dilatation, le larmoiement avec dilatation muqueuse, mucopurulente, blépharite chronique mais sans ectasie du sac, l'ectasie du sac que le malade vide plusieurs fois par jour par la conjonctive ou la narine, enfin les fistules avec fongosités et lésions osseuses ou périostiques. Ils indiquent les modes de traitement qui conviennent à ces différentes variétés, depuis l'incision du canalicule et la dilatation jusqu'à la destruction du sac.

Les formes aiguës (phlegmons, tumeurs lacrymales) seront traitées par l'incision.

LAGRANGE (Bordeaux) défend l'électrolyse qui, bien appliquée, donne de bons résultats. Il l'emploie depuis dix ans avec succès, et ne dépasse jamais 10 milliampères.

BLANCO (Valence) est éclectique et pense que chaque cas nécessite des variations spéciales dans le procédé à employer : dilatation, sondage, électrolyse, enfin en dernier recours, la destruction du sac.

TERSON (Paris) divise les malades en infectés et non infectés et s'étend sur les soins à donner aux malades de cette dernière catégorie.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris) vante l'électrolyse bien appliquée. Au point de vue thérapeutique il insiste sur trois points : les inconvénients de l'incision des canalicules, la nécessité de modifier la muqueuse nasale, les dangers des sondes ordinaires. Il présente une série de sondes construites sur ses indications et graduées en dixièmes de millimètres.

SANTOS FERNANDEZ (La Havane) est en désaccord avec le D[r] Castresana qui proscrit d'une façon trop absolue le cathétérisme. L'électrolyse lui a donné de bons résultats.

WÜRDEMANN (Etats-Unis) indique la thérapeutique de sa clinique et s'étend sur la nécessité des soins à donner à la muqueuse nasale.

DOR (Lyon) contre l'affirmative du D[r] Suarez de Mendoza, emploie avec succès les grosses sondes de Weber.

CARALT (Barcelone) défend l'extirpation dans les cas indiqués par de Lapersonne.

P. BLOCK (Ratibor) pense que souvent on peut remplacer l'extirpation du sac par la méthode de Stilling (scarifications de la muqueuse du sac et du canal lacrymal).

MENACHO (Barcelone) est plus réservé que le Dr Lagrange sur les indications de l'électrolyse, elle est indiquée dans les cas de suppuration du sac, mais le cathétérisme peut suffire contre le larmoiement simple récent.

BARRAGUER (Barcelone). — Quand il y a infection du sac, il faut employer les sondes et le formol à 1 p. 100.

JESSOP (Londres) a abandonné l'électrolyse après s'en être servi un des premiers.

MARQUEZ (Madrid). — Chaque cas a ses indications; quand il y a dacryoblennorrhée, il faut pratiquer la cautérisation du sac par les voies naturelles.

CASTRESANA. — La destruction du sac est plus sûre et plus complète en employant le nitrate acide de mercure, et la pâte de Canquoin.

Anatomie du fond de l'orbite et du sinus sphénoïdal, par BARRAGUER (Barcelone). — Ce travail n'est qu'un résumé de la communication présentée en 1896 à la *Société française d'Ophtalmologie*. L'auteur y faisait une étude complète de l'anatomie de l'orbite et du sinus caverneux au moyen de coupes sériées pratiquées jusqu'au confluent du sinus caverneux, pétreux et basilaire. Intéressante étude (voir *Compte rendu de la Société française d'Ophtalmologie*, 1896).

Les dimensions du canal nasal chez le nègre, par J. SANTOS FERNANDEZ (La Havane). — (Ce travail sera publié ultérieurement.)

Nécessité d'une méthode uniforme pour mesurer les anomalies musculaires, par L. HOWE (Buffalo). — Actuellement il y a confusion : dans la numération des prismes qui varie selon les pays, dans la façon de se servir de ces prismes pour diagnostiquer les conditions statiques des muscles avec les différences correspondantes dans les résultats, dans les procédés pour diagnostiquer les conditions dynamiques avec les différences correspondantes dans les résultats, et enfin, il règne une confusion extrême dans les termes employés dans les divers pays pour indiquer les mêmes états dynamiques ou statiques des muscles.

Mesure photographique du temps intervenu dans les excursions latérales des yeux, par L. HOWE (Buffalo). — L'auteur indique brièvement les méthodes employées, et expose la sienne avec son appareil spécial. Il indique les résultats obtenus dans les différents cas, et demande un accord international pour

établir une méthode uniforme d'expression des anomalies musculaires.

Principes et méthodes de détermination fonctionnelle des glandes lacrymales, par O. SCHIRMER. — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° L'examen fonctionnel de la glande lacrymale doit être basé sur la détermination de son irritation réflexe.

2° On doit mesurer la quantité de sécrétion produite en un temps donné ou bien le temps nécessaire pour produire une quantité donnée de sécrétion.

Dans la dégénération kystique, il n'est pas possible de doser la sécrétion glandulaire. On peut avec cette méthode doser exactement une diminution modérée de la sécrétion. Son augmentation n'est pas aussi facilement déterminable.

Les maladies des yeux dans un pays chaud, par J. SANTOS FERNANDEZ (La Havane). L'éminent professeur de la Havane a résumé dans une conférence les particularités que présente l'île de Cuba au point de vue des affections oculaires. Après un rapide coup d'œil sur la géographie, le climat, la population de Cuba, le D[r] Santos Fernandez suit l'ordre anatomique pour sa description. Il étudie l'ophtalmie purulente et le trachome plus spécialement; puis passe à la cornée, la lèpre, la kératite interstitielle. Les affections des voies lacrymales sont rares dans ce pays et l'auteur en a trouvé la cause dans la plus grande largeur du canal nasal chez le nègre.

La cataracte n'est pas plus fréquente que dans d'autres pays, contrairement à ce qu'on croit d'ordinaire. L'alcool et le tabac au contraire font de nombreuses victimes. Les amblyopies quiniques ne sont pas rares. Le glaucome ne présente pas une fréquence particulière. Les hypermétropes sont nombreux, les myopes plus rares. Nous renvoyons le lecteur à cette intéressante causerie qui fut accueillie avec le plus vif intérêt.

Deuxième session.

Président : D[r] WICHERKIEWICZ (Cracovie).

Nécessité de l'unification des échelles optométriques, par LANDOLT (Paris). — L'auteur définit l'acuité visuelle, le principe de sa détermination, son unité de mesure, la progression usitée dans les échelles optométriques et la technique de sa recherche. Il

est d'avis qu'il faut conserver jusqu'à nouvel ordre pour la construction des optotypes le principe de Snellen et pour la détermination de l'acuité visuelle la recherche du minimum séparabile, mais en remplaçant les lettres, chiffres, lignes et points, par les anneaux ouverts construits selon le même principe. L'examen se pratique à 5 mètres. Le résultat sera exprimé en décimales.

Les optotypes noirs sur fond blanc seront éclairés par un bec Auer ou une lampe électrique équivalente. L'unité sera représentée par un cercle dont le centre apparaît sous un angle de une minute. Les dimensions des cercles sont tels que à 5 mètres ils correspondent à une acuité visuelle de 0,1 à 2 en suivant depuis l'unité la progression naturelle des nombres.

Nécessité de l'unification des échelles optométriques, par J. PRESAS (Barcelone). — La nécessité de cette unification est admise aujourd'hui par tout le monde et on doit l'adopter comme il y a plus de vingt ans on a adopté l'unité de réfraction la dioptrie.

Son échelle optométrique et chromatique centésimale réunit toutes les conditions d'universalité et elle a pour unité de mesure le système métrique. Comme le D^r Sulzer (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 5 novembre 1901) il propose pour unité l'angle visuel de 1° centésimal dont la tangente à 5 mètres correspond exactement à un dizième du système ancien et a son minimum séparabile à 0°20.

Toutes les anciennes mesures de l'acuité visuelle peuvent facilement se réduire à celle-ci à l'aide des tables comparatives annexées au mémoire du D^r Presas. Le daltonisme en rapport avec l'acuité visuelle se mesure avec une précision mathématique et a une très grande importance pour déterminer l'aptitude aux emplois sur les voies ferrées et sur les navires. L'acuité visuelle, mesure par son angle visuel centésimal (l'unité est le gonioptique (γωνια angle, οπτογαν optique), a sur les anciens systèmes l'avantage de mieux apprécier la force et l'utilité de la vision.

Nécessité de l'unification des échelles optométriques, par J. DE LAS CUEVAS (Madrid). — L'auteur passe en revue les différents points de la question de l'acuité visuelle, et de sa mesure : la définition de l'acuité visuelle, sa mesure, le choix des optotypes, la distance à laquelle il convient de placer l'échelle, l'éclairage à employer, les conditions d'une bonne échelle, la construction de celle-ci, etc.

Il propose en terminant à la section d'ophtalmologie qu'on adopte ou non une échelle universelle, de demander à la Société

d'hygiène que des échelles optométriques soient placées dans les écoles pour que les enfants y puissent exercer leur acuité visuelle.

ANTONELLI (Paris) félicite les rapporteurs et en particulier le D[r] Presas qui adopte une unité facilement divisible.

JESSOP (Londres) trouve très heureux le mot *gonioptique*. L'angle originel de Snellen lui paraît suffisant comme base. Il insiste sur le minimum séparabile et le minimum visibile.

LAGRANGE (Bordeaux) pense qu'on doit s'efforcer de trouver un moyen exact de rechercher l'acuité visuelle.

BLANCO (Valence) est d'avis qu'une échelle pour être acceptable doit être composée de figures que peuvent distinguer et analyser les enfants et les illettrés. L'angle d'une minute est trop petit pour les personnes qui ont l'habitude de voir les objets grands, et trop grand au contraire pour ceux qui ont la vue exercée à voir de petits objets. Les optotypes qu'il présente sont calculés sur des angles de 1, 2, 3 minutes et peuvent être vus par ces deux catégories d'individus.

SANCHEZ AGUILERA (Grenade). — L'échelle optométrique adoptée par le D[r] Cuevas, n'est pas géométrique, comme il le dit.

D'ailleurs les échelles géométriques sont moins pratiques, bien que plus scientifiques. La manière d'exprimer l'acuité même paraît moins rationnelle, car il est plus naturel de l'exprimer en partant de la normale, par fractions de l'unité.

MAQUEZ (Madrid), est d'avis qu'on doit accepter l'unité *gonioptique*. Il lui paraît préférable que le nombre 1 serve à désigner l'angle de 1 minute qui correspond à la moyenne des acuités visuelles courantes. De plus, pour harmoniser la nomenclature en dioptries pour la réfraction et en angles métriques pour la convergence il sera moins logique d'exprimer la vision en relation avec l'unité non par l'angle, mais par la relation inverse.

CUEVAS (Madrid) rectifie en disant qu'il ne cherche pas à imposer *son* échelle, mais à établir l'échelle uniforme du XIV[e] Congrès. Les échelles sur fond gris sont à son avis préférables parce qu'elles permettent d'apprécier la perception de la couleur, son intensité et enfin l'acuité visuelle.

MENACHO (Barcelone) après avoir indiqué la nécessité de l'unification pense que le problème a deux aspects, l'un scientifique, l'autre pratique. Les optotypes de Presas et de Landolt lui paraissent satisfaire ces deux conditions.

JESSOP (Londres) se rallie à l'opinion du D[r] Menacho et propose que le Comité remette son rapport à la commission nommée au Congrès de Paris.

Sclérectomie, par BLANCO (Valence). — Dans les cas de staphylomes considérables que les paupières sont insuffisantes à couvrir et accompagnés de phénomènes douloureux d'hypertension, le Dr Blanco propose la sclérectomie qu'il pratique entre les droits inférieur et externe en évitant la zone ciliaire. Il a fait trente-quatre opérations de ce genre : cinq dans des glaucomes absolus, l'une dans un staphylome opaque, les autres dans des cas de staphylomes kératiques. Le résultat a toujours été bon. Le staphylome diminuait de volume et l'hypertension disparaissait.

Il pense que nous avons là un moyen puissant de filtration oculaire, capable d'être employé dans tous les cas où il y a hypertonie, que la sclérectomie est indiquée dans les cas de staphylome opaque du pôle antérieur, que l'extraction du cristallin ou de ses débris donnent une sécurité de plus. La sclérectomie enfin a l'avantage d'être une opération conservatrice évitant les amputations et les énucléations.

SANTOS FERNANDEZ (Paris) n'est pas de cet avis en ce qui concerne la sclérectomie, à cause de la facile infection du corps vitré. La pilocarpine lui suffit dans des cas de ce genre, au moins pendant longtemps.

BLANCO (Valence) ne pense pas que les médicaments, pilocarpine et ésérine puissent soulager les malades. On évitera l'infection avec une antisepsie rigoureuse.

Traitement du glaucome secondaire consécutif aux adhérences et aux synéchies iriennes antérieures, par REINA MARTINEZ (Madrid). — Après avoir rappelé l'obscurité qui règne sur la pathogénie du glaucome, l'auteur étudie le glaucome secondaire et en particulier celui qui est dû à des synéchies iriennes antérieures. De sa pratique il conclut que l'unique traitement curatif consiste à détruire ces adhérences au moyen d'une synéchotomie antérieure ou bien au moyen d'une synécho-iridectomie.

ANTONELLI (Paris). — Pour éviter de vider la chambre antérieure dans la section des synéchies antérieures, on doit se servir d'un couteau de de Vincentiis.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris) décrit un procédé spécial de synéchotomie.

MENACHO (Barcelone). — L'indication est d'employer le moins possible d'instruments, le second de recourir à ceux qui évitent l'issue de l'humeur aqueuse. Je me sers habituellement d'un couteau de de Graefe fin. Je pense que le couteau de de Vincentiis est à recommander.

L'héméralopie et l'amaurose hystérique guéries par le sérum de cheval physiologique, par SANTOS FERNANDEZ (La Havane). — L'héméralopie et l'amaurose hystérique qui exigent en général un traitement prolongé, guérissent rapidement grâce aux injections de sérum physiologique de cheval. On peut ainsi permettre aux ouvriers qui sont souvent attaqués d'héméralopie de reprendre rapidement leurs travaux et d'être moins exposés à la répétition du mal. L'amaurose hystérique qui guérit spontanément avec le temps peut se terminer par l'atrophie de la papille. Il convient donc de hâter sa guérison et de faire des injections de 10 à 20 centimètres cubes de sérum.

BARRAGUER (Barcelone). — Il est nécessaire de donner confiance aux hystériques; on avance ainsi leur guérison.

REINA (Madrid) croit que la suggestion est le meilleur médicament.

SANTOS FERNANDEZ (La Havane) est de cet avis, mais pense que l'action du sérum est celle d'un tonique.

L'opération du strabisme par l'avancement musculo-capsulaire, par JOCQS (Paris). — Fixer avec les pinces un pli conjonctival horizontal, dans la région correspondante au muscle qu'on veut avancer. Traverser ce pli de haut en bas, tangentiellement à la cornée par un fil armé de deux aiguilles. Sectionner la conjonctive par une incision verticale. Saisir le tendon avec une pince, et le sectionner avec les ciseaux sans sectionner la capsule. Traverser le muscle avec une des aiguilles de la suture double sur laquelle on charge le muscle, la capsule et un pli conjonctival; même manœuvre avec l'autre aiguille. Réunir les deux extrémités du fil de façon que le tendon vienne au bord de la cornée. Les résultats d'après l'auteur sont excellents.

LAGRANGE (Bordeaux) se propose d'utiliser ce procédé, mais en faisant la résection de la conjonctive.

MENACHO (Barcelone) pense que ce procédé est bon, mais qu'il faut le réserver pour des indications spéciales.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris) rejette en général les avancements musculaires; il pense que le procédé de Jocqs est meilleur que les autres.

BLANCO (Valence) décrit une modification légère à ce procédé.

Concept clinique de l'herpès cornéen, du zona ophtalmique et de la kératite neuroparalytique, par MENACHO (Barcelone). — Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Il existe une catégorie de manifestations pathologiques dans les

tissus innervés par la branche ophtalmique du trijumeau, manifestations qui rentrent dans la classe des altérations trophiques : herpès palpébral, herpès cornéen, zona ophtalmique et kératite neuroparalytique.

Leur nature intime est inconnue, mais il est bien évident qu'elles sont liées à des altérations vaso-motrices et sensitives d'origine probablement nerveuse.

Le zoster et les éruptions zostériformes de la branche ophtalmique sont deux entités distinctes même quand elles revêtent des formes semblables. Les autres appartiennent à la catégorie des troubles trophiques.

Les manifestations zostériformes (pseudo-zona) de la branche ophtalmique sont l'intermédiaire clinique qui unit l'herpès cornéen à la kératite neuro-paralytique. Les différentes formes que revêtent ces troubles d'origine trophique, dépendent des tissus dans lesquels ils se produisent.

Le tissu dans lequel ce trouble survient dépend probablement de la portion de la branche ophtalmique dans laquelle sont localisées les altérations, nerfs ciliaires antérieurs, herpès cornéen. branche nasale et dépendances — pseudo-zona ophtalmique, rameau du ganglion ophtalmique — kératite neuro-paralytique.

Troisième session.

Président : Dr ANTONELLI (Paris).

Les névrites optiques dans le cours des affections aiguës. par ANTONELLI (Paris). Ce travail constitue une revue générale de cette importante question. L'auteur étudie toutes les affections dans lesquelles la névrite optique a été observée (influenza, syphilis, fièvre typhoïde, méningite, érisipèle, variole, diphtérie, etc., et rapporte les principales caractéristiques de l'affection suivant la maladie. On admet, dit-il, en conclusion, deux voies principales de conduction des substances toxiques au nerf optique : le système vasculaire sanguin et le système vasculaire lymphatique spécial des veines continué par l'espace subarachnoïdien de l'encéphale. L'espace des gaines optiques et l'espace subarachnoïdien encéphalique forment une partie du système lymphatique général de l'organisme. Les affections toxi-infectieuses peuvent atteindre primitivement aussi bien l'encéphale que le nerf optique. Elles peuvent même partir de ce dernier pour monter au cerveau.

Quant aux voies vasculaires, il faut tenir compte en premier

lieu des troubles vaso-moteurs. Bon nombre de substances toxiques organiques ou inorganiques, modifient le calibre des vaisseaux en agissant directement sur leurs parois, ou par l'intermédiaire du sympathique.

Il est inutile de discuter aujourd'hui la possibilité de processus inflammatoires ou sclérosants provoqués par les virus organisés (microbes) ou par des virus simplement organiques (toxines, ptomaïnes, leucomaïnes). La localisation optico-rétinienne n'exige pas toujours une longue durée d'infection de l'organisme; dans de nombreux cas, elle apparaît dès le début de la maladie.

La symptomatologie ophtalmoscopique et fonctionnelle de ces affections est bien connue. Le pronostic doit être réservé, la guérison arrive souvent, mais les cas d'atrophie partielle ou totale consécutive ne sont pas rares.

La thérapeutique tire ses indications de l'état général surtout; localement la pilocarpine peut être utile. Les injections de strychnine, et le sérum de Chéron sont recommandés par l'auteur.

Les névrites optiques dans le cours des infections aiguës, par Francisco Sauz Blanco (Madrid). — L'auteur passe en revue les diverses infections : septicémie, tétanos, diphtérie, fièvre typhoïde, rage, qui peuvent amener des complications oculaires. Il étudie les lésions histologiques produites ainsi et rend compte de ses expérimentations. Il conclut que les infections générales de l'organisme amènent chez les animaux qui ont servi à ses épreuves des troubles fonctionnels des nerfs optiques dus à des modifications dans leur structure tissulaire ; chez l'homme, il doit en être de même, toutes les parties constitutives du nerf optique sont comprises dans ces altérations. Les examens microscopiques révèlent une lésion primitive consistant en une prolifération du tissu conjonctif interfasciculaire qui comprime les tubes nerveux.

Marquez (Madrid), rapporte qu'un cas de névrite optique consécutif à une infection gastro-intestinale de nature mal déterminée s'est terminée par une atrophie rapide et absolue. Il n'y a donc pas de relation entre la bénignité de maladie primitive et la névrite consécutive.

Sourdille (Nantes), insiste sur notre ignorance relative de la pathogénie de la névrite, et sur le petit nombre d'examens anatomo-pathologiques. Il a examiné de nombreux cas de fièvre typhoïde. Les nerfs optiques le plus souvent ne présentaient aucune lésion, d'autres fois, avec la méthode de Nissl il a rencontré des lésions des cellules ganglionnaires de la rétine.

SANTOS FERNANDEZ (La Havane) a observé la nëvrite rétro-bulbaire dans la fièvre jaune.

WICHERKIEWICZ (Cracovie) insiste sur la fréquence de la névrite dans la grippe et la scarlatine. Il a observé deux cas d'amaurose, dus à des lésions rénales consécutives à de la scarlatine. Il a employé les injections sous-conjonctivales de strychnine.

BLANCO (Valence) signale l'otite moyenne sclérosante comme cause de névrite optique.

LAGRANGE (Bordeaux). — Certaines névrites sont dues aux microbes, les autres aux toxines seulement. La thérapeutique varie dans les deux cas, dans le premier, il faut fortifier l'organisme, dans le second favoriser l'élimination par les réactions rénales, sudorifiques. Notre confrère recommande les injections hypodermiques de pilocarpine.

GRADAILLE (La Corogne) signale un cas de névrite optique suite d'affection dentaire.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris) vante la pilocarpine dont il a reconnu les grands avantages dans le cours de sa pratique.

BARO (Madrid) et WICHERKIEWICZ (Cracovie) ont obtenu avec la pilocarpine les plus heureux résultats.

SOURDILLE (Nantes) pense que la pilocarpine présente plus d'inconvénients que d'avantages en thérapeutique oculaire, et qu'elle est contre-indiquée dans les névrites optiques.

MENACHO (Barcelone) présente quelques réflexions sur l'étiologie et la pathogénie des névrites et sur l'anatomo-pathologie qui laisse encore beaucoup à désirer.

BARRAQUEZ (Barcelone) et REINA (Madrid) vantent la pilocarpine.

SOURDILLE affirme que dans le service de Panas, il a vu obtenir de bons résultats sans elle. Il croit que ce médicament est contre-indiqué dans les affections aiguës.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris) défend au contraire la pilocarpine avec beaucoup d'énergie et rapporte les observations des plus éminents oculistes qui l'ont prônée.

SOURDILLE, SANTOS FERNANDEZ et BLANCO présentent quelques observations sur des cas particuliers de névrite.

Considérations sur le traitement du strabisme, par SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — Il y a avantage lorsque le strabisme dépasse 25°, à répartir systématiquement la correction entre les deux yeux et à restreindre le plus possible l'emploi démesuré, aujourd'hui en vogue, des avancements musculaire et capsulaire. Ainsi l'opération trouble moins l'association des mouvements oculaires et le rétablissement de la vision binoculaire est plus facile.

Au point de vue esthétique enfin, on donne plus de satisfaction aux malades.

FAGE (Amiens) est d'avis que dans beaucoup de cas on doit combiner l'avancement avec la ténotomie.

LAGRANGE (Bordeaux) se rallie à l'opinion du D[r] Suarez de Mendoza, quant au strabisme convergent, il pense qu'en faisant une ténotomie modérée on obtient des guérisons sans insuffisance de la convergence. Dans plus de 500 avancements musculaires qu'il a faits, il a vu se former des bourrelets disgracieux et la guérison être plus lente.

JOCQS (Paris), n'est pas de cet avis, mais reconnaît qu'il est précieux d'éviter l'insuffisance musculaire.

TERSON (Paris). La double ténotomie est utile dans le strabisme convergent avec bonne acuité visuelle des deux yeux.

Lorsqu'il existe une inégalité entre les yeux, on doit être éclectique et ne pas abandonner la ténotomie sur l'œil le plus faible, combinée à l'avancement musculaire.

CARALT (Barcelone) défend la théorie de l'avancement musculaire.

MENACHO est éclectique et adapte sa thérapeutique aux cas particuliers. Après quelques observations de LAGRANGE, CARALT et JOCQS, SUAREZ DE MENDOZA reprend les conclusions de sa communication.

Une opération de staphylome total de la cornée, par LEROY (Bruxelles). — Sans revenir sur les causes qui rendent défectueux beaucoup des méthodes opératoires du staphylome total de la cornée, le D[r] Leroy rend compte d'un cas heureux où son intervention a consisté simplement dans l'extraction du cristallin. Se basant sur le rôle du cristallin dans la production du staphylome l'auteur en a tiré un *modus faciendi* qui lui a donné de bons résultats. Le cristallin enlevé, le tissu cornéen est rétracté légèrement, et tous les phénomènes ont été enrayés.

BLANCO (Valence). Dans les staphylomes, la cause du glaucome est la présence du cristallin, mais celui-ci n'est qu'une cause adjuvante, car on voit des glaucomes en l'absence du cristallin.

WICHERKIEWICZ (Cracovie) décrit son opération pour les staphylomes partiels. Elle consiste à traverser le staphylome avec trois aiguilles munies de catgut et à extraire le cristallin s'il est altéré. Puis suture.

LAGRANGE (Bordeaux) décrit le procédé qu'il a appelé *capitonnage musculaire* (voir *Annales hispano-américaines d'Ophtal-*

mologie, février 1902) et qui permet d'éviter la rupture de la suture cornéenne.

LEROY (Bruxelles) dit qu'il ne coupe pas la cornée mais qu'il incise seulement pour faire sortir le cristallin.

Le glaucome consécutif à l'opération de la cataracte, par WICHERKIEWICZ (Cracovie). — (Paraîtra dans les *Archives hispano-américaines* et sera analysé plus tard.)

(*A suivre.*)

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

Par le Dr E. SENDRAL

(Juin 1903)

Lymphocytose rachidienne et affections oculaires, par le Prof. F. de LAPERSONNE. — Le résumé de ce travail qui vient d'être l'objet d'une communication à la Société française d'Ophtalmologie, a été publié dans le numéro du *Recueil* du mois de juin, page 316.

De l'ablation partielle du globe oculaire par le procédé de la subénucléation, par le Dr W. NICATI. — Le procédé de la subénucléation consiste dans l'ablation totale de la partie postérieure du globe oculaire jusqu'au plan d'insertion des muscles droits et dans l'évidement de sa partie antérieure. C'est par la section du muscle adducteur qu'on va sectionner le nerf optique et qu'on amène en avant à travers la boutonnière interne le pôle postérieur du globe de l'œil qui est séparé de ses attaches aux muscles obliques. A l'aide du scalpel et des ciseaux on pratique la résection de l'œil postérieur au ras des insertions musculaires, puis on vide la partie antérieure de l'œil ; on fait enfin une suture de la boutonnière qui fixe en même temps le tendon du muscle droit interne et peut à cet effet traverser la cornée.

La guérison est rapide et de cette façon le moignon est excellent ; en outre on n'a pas à craindre les dangers de l'ophtalmie sympathique.

Cinq cas de tumeurs et pseudo-tumeurs de la glande lacrymale, par le Dr H. COPPEZ. — Nous renvoyons nos lecteurs à ce très intéressant travail sur les tumeurs de la glande lacrymale

dont l'étude histologique est des plus intéressantes. L'auteur étudie trois cas de sarcome, un cas de dacryoadénite sclérosante et un cas de luxation traumatique de la glande.

La luxation est rare puisque Ahlström n'a pu en recueillir que quatre dans la littérature concernant des enfants blessés à la partie externe de la paupière supérieure.

Recherches histologiques sur le xanthélasma des paupières. (Voir le numéro du *Recueil* de juin, page 329.)

Infections streptococciques de la conjonctive, par A. POULARD. — L'auteur établit le groupement suivant :

1° Infection conjonctivale streptococcique d'origine lacrymale, conjonctivite lacrymale de Parinaud;

2° Infection développée au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse (rougeole, scarlatine, diphtérie);

3° Infection greffée sur une autre conjonctivite (diphtérique, à diplobacille, impetigineuse).

L'infection streptococcique primitive sans lésion conjonctivale antérieure est d'une existence trop douteuse pour mériter place dans un classement.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Par le Dr A. BOUCHART

Nous avons déjà analysé, en son lieu, le travail de MAYNARD, paru dans l'*Indian medical Gazette*, 1901, sur **trois cents extractions de cataracte** : le même auteur publie l'analyse de mille cas, dans lesquels il comprend les trois cents déjà mentionnés. La méthode est la même dans tous ses détails : incision cornéenne avec lambeau conjonctival, et parfois suture de ce lambeau, iridectomie 63 p. 100; jamais d'introduction d'instruments pour extraire des débris, mais irrigation saline, pansement avec bande binoculaire dans 35 p. 100 des cas, un seul cas, sans pansement, chez un trachomateux avec sécrétion (guérison). Atropine après l'opération et aussi le lendemain; l'auteur reproche à l'ésérine de provoquer les vomissements, avec tous leurs dangers pour un œil ouvert. Prolapsus irien 10 p. 100 avec l'incision cornéenne seule, et 3 p. 100 après iridectomie. Maynard pense que le passage difficile de l'humeur aqueuse de l'espace rétro-iridien dans la chambre

antérieure cause le prolapsus; l'atropine ou l'iridectomie en diminue la fréquence en facilitant ce passage de liquide; à ce propos, il admet que l'atropine agit plus par excitation des fibres radiées que par paralysie des fibres circulaires. Résultats bons dans 89 p. 100, médiocres 6 p. 100, mauvais 5 p. 100. L'acuité visuelle fut mesurée avec des carrés, et plus tard avec les optotypes de Landolt dont Maynard est très satisfait.

Reik. **Complète aniridie avec cataractes polaires postérieures, myopie élevée et buphthalmie.** — Une discission sur un œil amena une attaque de glaucome aigu, tandis que sur l'autre la discision suivie d'extraction réussirent sans incident. De plus, un colobome irien bilatéral plus ou moins complet existait chez la mère de la malade; son frère présentait une aniridie binoculaire totale avec nystagmus. L'auteur reconnaît que l'opération fut une audace, mais il se félicite de l'amélioration visuelle bilatérale. (*Journal of Eye, Ear, Throat.*)

Richard Lewis. **Modifications à un périmètre.** — Cet appareil porte des mires transparentes, éclairées à l'aide d'une lampe électrique; ces mires de plusieurs couleurs sont rendues de dimensions variables par un diaphragme-iris. (*Opht. Record*, mars.)

Risley. **Changement de réfraction.** — Après des examens multiples et très exacts, l'auteur est arrivé à la constatation sûre de changements de réfraction dans des yeux normaux. Ces quatre cas ont trait à des astigmatismes hypermétropiques et les faits sont à rapprocher de ceux de Chibret sur l'astigmatisme variable. (*Id.*)

Francis W. Alter. **Implantation d'un globe de paraffine solide** pour obtenir un moignon saillant après l'énucléation. — Aux procédés de Miles, Claiborne, Suker, etc., l'auteur préfère l'introduction d'une bille de paraffine solide, stérilisée, d'un volume égal à un tiers de l'œil, avec suture des tissus profonds au catgut, et de la conjonctive à la soie (procédé en bourse). Ce corps étranger serait non irritant, non absorbable et sans tendance à l'élimination. (*Id.*)

Zentmayer confirme par un cas heureux, les **avantages du procédé de Van Millingen dans le traitement de la panophthalmie** (cautérisation des angles de la plaie et dans la profondeur de 4 à 8 millimètres). Le troisième cas de Rasche, rupture du globe par coup de pied de cheval et hernie de vitré purulent avec une vision finale de cinq cinquièmes, attire également l'attention.

Le cas de Zentmayer fut traité par la cautérisation et aussi par le procédé de Sœmisch avec introduction d'iodoforme. (*Id.*)

BURNETT, à propos d'**un cas d'hémorragie oculaire après extraction de cataracte**, cherche la cause précise de ce grave accident. L'examen macroscopique montrait un décollement total de la choroïde et de la rétine qui restait adhérente au niveau du muscle ciliaire et en partie seulement. En effet, sur la coupe on voit le corps ciliaire en partie décollé et récliné vers l'ouverture opératoire, par le sang expulsé. L'origine exacte de l'hémorragie put être localisée davantage. (*Id.*)

RALPH OPDYKE. **Analogie du trachome et des adénoïdes.** — L'auteur constate que l'enfant nouveau-né possède déjà du tissu adénoïde pharyngé sans en avoir sous la conjonctive. Les causes des deux maladies sont semblables, étant donné le doute qui plane sur la spécificité et la contagiosité du trachome; l'histologie des deux lésions est également semblable. De plus, Opdyke admet que l'adénoïde pharyngée prédispose au trachome, comme au catarrhe de la trompe : la transmission semble plus difficile à admettre. (*Med. Rec.*, 3 janvier.)

WIESSNEIS présente sous le nom de **rétinoscopie** une réédition de la méthode de Cuignet, et FR. WALK insiste sur l'utilité de l'ophtalmoscope dans la médecine générale. (Soc. méd. de l'Etat de New-York.)

EDGARD THOMSON dans le **traitement de la conjonctivite purulente** commence par l'examen microscopique; en cas de gonocoque, il use de nitrate d'argent et n'emploie le protargol que dans les autres formes. (*Id.*)

JUSTIN-L. BARNES insiste sur la **nécessité de l'examen des deux yeux des employés de chemins de fer**, en particulier de leur vision centrale, et cela dans des conditions simulant la réalité. (*Id.*)

LUCIEN HOWE tente une explication anatomique du **surmenage oculaire**. Il rappelle que la théorie d'Helmholtz a été en partie démontrée fausse et que l'accommodation est un acte non passif mais entièrement actif. L'occipito-frontal agit dans l'accommodation et cela explique la douleur antérieure et postérieure du surmenage oculaire. (*Med. Rec.*, 31 janvier.)

MATHENY. **Déséquilibre et insuffisance des muscles oculaires.** — Cet article est un exposé des idées et de la terminologie

de Stevens. — Gould ajoute le mot « imbalance » qui désigne toute hétérophorie due à un ou plusieurs muscles. On retrouve ici toutes les conséquences connues de cet état musculaire : céphalée, vertige, épilepsie, idiotie, névrose variée, blépharite... Le traitement optique et l'intervention chirurgicale sont indiqués suivant les cas, et parfois associés. Mentionnons la méthode de Sowage pour exercer les muscles oculaires qui consiste à surmonter la diplopie due à un prisme, et à supprimer ensuite le prisme, et ainsi plusieurs fois. (*Med. Rec.*, 7 février.)

WALTER EYRE LAMBERT. **Trachome dans les écoles publiques de New-York.** — Les chiffres réunis dans ce travail de statistique et d'hygiène montrent une progression considérable du nombre des trachomateux qui atteint dans certaines écoles 22,7 p. 100 des élèves. Les malades sont expulsés des écoles et ne sont admis qu'après guérison, de plus des infirmiers instruits visitent les familles, et les renseignent sur les soins, les dangers, etc... Il faut encore attendre la création d'un hôpital spécial. (*Med. Rec.*, 21 février.)

WILKINSON JERVEY. **Etiologie et prophylaxie de la cataracte.** — Les troubles de nutrition de l'œil influent sur le cristallin, mais aussi les traumatismes les plus légers : ainsi l'iris sénile, plus ou moins rigide, et sans cesse en mouvement, frotte sans douleur sur la capsule et l'irrite. D'où la prophylaxie possible par une sphinctérectomie qui supprime ce frottement. L'auteur ne présente aucun cas pour confirmer cette hypothèse. (*Med. Rec.*, 28 février.)

OATMAN. **Opération de Mules avec inclusion de paraffine.** — L'auteur choisit une paraffine fondant à 42° environ, et introduit un globe de cette matière : la première fois, la paraffine ressortit lentement, malgré tout ce que l'on put tenter, jusqu'à ce que le niveau fût inférieur au trou de la coque; pourtant ce qui reste forme un excellent moignon, il est peu probable qu'il y ait absorption. Thomson a usé de paraffine à point de fusion plus élevé avec le même résultat. Toster a eu un beau succès durable. Il faut surtout suturer à la soie, et non au catgut l'ouverture du globe. (*Med. Rec.*, 7 mars.)

AMBROSE RANNEY. **L'effort musculaire oculaire** dans la jeunesse et son traitement actuel. Ceci est un article pour vulgariser dans le monde médical, l'examen et la recherche des anomalies musculo-oculaires latentes. On retrouve tous les méfaits de l'hé-

térophorie, en particulier l'épilepsie dont Ranney a publié un traitement oculaire. Il cite seulement comme épreuves à la portée de tous, celle du verre rouge, et l'épreuve d'exclusion, qui n'est que la recherche de la déviation secondaire. Une partie plus intéressante est celle où il décrit les attitudes de la tête et les expressions du visage dans les différentes insuffisances musculaires, latentes. Il conclut à la nécessité d'une loi imposant l'examen des muscles oculaires, en même temps que la réfraction, avant l'entrée à l'école. (*Med. Rec.*, 18 avril.)

PERCY DUNN. **Un nouvel œil artificiel.** — Cet appareil, destiné à l'enseignement de l'ophtalmoscopie et de la mesure objective de la réfraction, offre à volonté tous les degrés entre + 6 dioptries et — 6 dioptries, et aussi dix-sept aspects différents du fond de l'œil. (*Lancet*, 17 janvier.)

MAITLAND RAMSAY. **Valeur cosmétique des injections de paraffine après l'énucléation.** — L'auteur a pratiqué cette opération vingt-deux fois, toujours avec succès : il fixe avant l'énucléation chaque muscle à la conjonctive, puis suture la conjonctive en bourse après avoir empli la cavité d'un tampon de gaze qu'il remplace par la paraffine fondue. Enfin il serre la suture conjonctivale et noue également deux à deux les catguts qui retiennent les muscles. La prothèse peut débuter au bout de huit jours. L'auteur insiste sur la nécessité de faire la suture conjonctivale à petits points. (*Lancet*, 31 janvier.)

ALEXANDER BRUCE. **Double paralysie des mouvements conjugués latéraux.** — L'auteur rapporte à la Société de médecine d'Edimbourg un cas de chute dans un escalier, suivie de paralysie du droit interne gauche, puis de paralysie faciale gauche. Peu à peu avec de la fièvre apparurent d'autres symptômes; paralysie motrice oculaire droite, et finalement méningite localisée de la base. On trouva de plus un tubercule cérébral ayant détruit les noyaux de la VI[e] et de la VII[e] paire. (*Lancet*, 14 février.)

MAYON. **Les Rayons X en ophtalmologie.** — La radiographie des corps étrangers, le traitement de l'épithélioma ne sont pas des spécialités oculaires; par contre, le traitement du trachome par cette méthode a donné à l'auteur depuis plus d'un an une proportion satisfaisante de succès. La conjonctivite, le pannus et même les opacités cornéennes sont heureusement influencés ou guéris. Les principaux avantages sont l'absence de difformité et de douleur (Société Rœntgen). (*Lancet*, 28 février.)

KERMETH CAMPBELL. **Théorie de la rétinoscopie.** — L'auteur expose la théorie comme basée sur l'étude du trajet des rayons émis par la rétine observée et limités par l'iris de l'observateur. (*Lancet*, 28 février.)

BISHOP HARMAN. **Échelle de verres portative.** — L'idée très ingénieuse consiste dans la fixation de deux petits disques porteurs des principaux numéros sur une monture de lunettes, ajustable; ce qui permet de faire défiler les dioptries devant chaque œil jusqu'à correction. (*Lancet*, 7 avril.)

BISHOP HARMAN. **Plaie du crâne par balle avec parésie motrice et hémianopsie.** — Ce cas étudié en détail, et reproduit expérimentalement pour une connaissance plus précise, confirme l'hypothèse actuelle de la présence de zones visuelles corticales dans la pointe du cuneus et dans la région occipitale plutôt que dans la région plus antérieure du pli angulaire. D'autres détails, en particulier, le double entrecroisement des tractus optiques de Charcot, sont à voir dans l'original. (*Lancet*, 16 mai.)

MAITLAND RAMSAY. **Cataracte congénitale double opérée à 30 ans.** — Le sujet, de sens très affinés, pouvait avant l'intervention se conduire seul dans une grande ville (Glasgow) et s'occuper utilement dans un jardin et dans une ferme. L'acquisition successive des diverses sensations données par l'œil se rapproche de la marche décrite par Cheselden et par Wardrop : le nystagmus préexistant persista, malgré tous les progrès du sens visuel. (*Lancet*, 16 mai.)

SYDNEY STEPHENSON. **Amaurose aiguë consécutive à des convulsions infantiles.** — A côté des amauroses avec convulsion par méningite ou paralysie infantile, il y a lieu d'admettre le groupe des amauroses post-éclamptiques, quelle que soit la cause de l'éclampsie. Sydney Stephenson rapporte cinq cas, qu'il rapproche de ceux de Nettleship et Gay. L'étiologie est incertaine, dans deux cas, il y avait de la bronchite; on peut invoquer une toxémie; peut-être un peu d'urémie. Les lésions d'autopsie sont toujours négatives au point de vue du centre visuel. L'auteur admet après la crise nerveuse une fatigue totale et anesthésie de la vision. Du reste, nombre d'accidents épileptiques ont une aura visuelle; souvent la migraine chez des nerveux s'accompagne d'hémiopie ou de cécité transitoire; l'hémiplégie, l'aphasie peuvent aussi s'accompagner d'amaurose. Dans tous ces cas, Sydney Stephenson admet que le retour à la fonction se fait dans

dans une portion des centres nerveux ébranlés par la crise, tandis que l'autre partie reste dans un état d'épuisement complet. (*Lancet*, 9 mai.)

MAXWELL. **Procédé d'agrandissement du sillon rétro-palpébral pour permettre la prothèse.** — Le procédé de l'auteur a été publié par lui il y a dix ans, il apporte aujourd'hui d'heureuses modifications. Un lambeau en croissant est disséqué à la paupière inférieure, et laissé adhérent par une portion également en croissant, située au centre du lambeau. Le sillon inférieur étant incisé profondément et mis en communication avec l'incision cutanée, le lambeau est introduit, suturé, et constituera désormais le cul-de-sac inférieur. La peau de la paupière est ensuite suturée. L'auteur fait quelques recommandations de détail destinées à rendre parfait le résultat esthétique et fonctionnel. La coque de prothèse est mise en place aussitôt que la cicatrice cutanée le permet et quand la communication entre la peau et le cul-de-sac est suffisamment fermée. (*Opht. Rev.*, mai.)

W. ROBINSON. **Cataracte des finisseurs de bouteilles.** — Cette affection visiblement liée à la profession de ces ouvriers sur lesquels Robinson donne des détails très précis, est une cataracte corticale postérieure, due à la concentration au centre optique de l'œil, voisin du pôle postérieur du cristallin, de tous les rayons lumineux et caloriques émis par la masse vitreuse en fusion. Elle débute également et au même moment dans les yeux, vers quarante ans, progresse très lentement. Le fond de l'œil est très peu atteint. Robinson admet, dans les portions du cristallin non protégées par l'iris contractée (par réflexe lumineux), une rétraction des éléments amenant une vide sous-cortical postérieur où les opacités se forment. Des lunettes bleues sont la meilleure prophylaxie. (*Brit. med. Journ.*, 24 janvier.)

Examen de la vision des enfants des écoles. — La nécessité d'une surveillance médicale et de fiches sur lesquels l'évolution des défauts oculaires pourra être suivie sont l'origine de cet article éditorial. Les enfants ne peuvent tous être soignés dans les hôpitaux parce que les parents ne peuvent ou ne veulent les y conduire ; de plus, le nombre en serait trop grand (de 10 à 20,000). (*Brit. med. Journ.*, 14 mars.)

Dr A. BOUCHART.

E. VALUDE. — Diagnostic et traitement du glaucome aigu (*Bulletin médical*, 11 mars 1903).

DE LAPERSONNE. — Migraine ophtalmoplégique (*Progrès médical*, 7 mars 1903).

F. TERRIEN. — De quelques troubles visuels dus au diabète (*Journal des praticiens*, 1903, p. 97).

ARCADIPANE. — Influence de la pupille de l'examiné et de l'examinateur dans les phénomènes de la skiascopie (*Annali di medicina navali*, janvier et février 1903).

L'iritis paludéenne. Etude clinique et pathogénique (Oran, P. Perrier, 1903).

KALT. — Les accidents oculaires du diabète (*Bulletin médical*, 18 avril 1903).

TROUSSEAU. — Des soins à donner aux opérés de la cataracte (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1903).

TROUSSEAU. — Le collargol dans les infections oculaires (*Id.*, 25 avril 1903).

ROMARY. — Héméralopie essentielle. Opothérapie hépatique (*Id.*, 25 avril 1903).

HENSCHEN. — Projection de la rétine sur la cortication calcarine (*Semaine médicale*, 22 avril 1903).

LAGARDE. — *Les injections de paraffine ; leur application en chirurgie générale, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie, en art dentaire et en esthétique* (In-18, Paris, 1903).

MAITLAND RAMSAY. — *Atlas des maladies externes de l'œil*. Traduit par le Dr LEPRINCE (Paris, Maloine).

CHEVALLEREAU. — Epithélioma des paupières (*Bulletin médical*, 16 mai 1903).

PAILLIAT. — Kératite dystrophique de l'œil droit résultant de blessure par arme à feu (revolver) dans la région de l'oreille droite (*Progrès médical*, 9 mai 1903).

F. TERRIEN. — Manifestations oculaires du saturnisme (*Journal des praticiens*, 2 mai 1903).

COLLOMB. — Iritis ourlienne double (*Semaine médicale*, 22 mars 1903).

NICOLAÏ. — Diagnostic, pronostic et thérapeutique des traumatismes perforants de l'œil par corps étrangers (*Deutsche militäriztliche Zeitschrift*, avril 1903).

A. Y.

Le Gérant : FÉLIX ALCAN.

6281. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — MOTTEROZ, dir.

PARALYSIES TRAUMATIQUES DES MUSCLES DE L'ŒIL

D'ORIGINE ORBITAIRE[1]

Rapport de M. CHAUVEL sur un mémoire de M. DE LAPERSONNE

Les paralysies des muscles de l'œil, conséquence d'atteintes traumatiques de l'orbite et de la région orbitaire sont en général attribuées, soit à des lésions directes des branches nerveuses, soit à des déchirures des fibres musculaires ou tendineuses. La désinsertion des tendons de leur attache sclératicale sous l'action d'une contraction violente était admise par Malgaigne ; notre regretté collègue le professeur Panas n'était pas parvenu cependant à la réaliser expérimentalement.

A côté de ces traumatismes directs, il en est d'autres, nous dit M. de Lapersonne, où, à la suite d'une simple contusion du rebord orbitaire, sans plaie cutanée, on constate une paralysie ordinairement localisée à un seul muscle et le plus souvent curable. Depuis quelques années, le distingué professeur en a rencontré plusieurs exemples, et dans son travail il en a réuni cinq cas très probants.

Dans tous, on trouve à l'origine une contusion plus ou moins violente du rebord orbitaire sans plaie apparente ; dans tous, la douleur à la pression et la diplopie se montrent rapidement. Le muscle petit oblique est deux fois intéressé, deux fois aussi le droit supérieur, une fois le droit inférieur. Chez un des patients le releveur de la paupière supérieure était parésié en même temps que le droit supérieur.

Je dis *parésié* et non *paralysé* parce que, chez presque tous les blessés, il y avait plutôt affaiblissement de la puis-

1. *Académie de Médecine*, séance du 30 juin 1903.

sance contractile qu'anéantissement absolu de la contraction. A ces phénomènes sont venus s'ajouter chez plusieurs sujets des saignements de nez, des crachements ultérieurs de caillots altérés, preuves de la participation de la muqueuse pituitaire aux lésions traumatiques, des ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales. Le Dr A. Terson, chez un garçon de 13 ans, a constaté un hématome sous-périosté et une félure du rebord orbitaire inférieur. Dans l'observation du Dr Terrien, il y avait un épanchement de sang dans le sinus maxillaire du côté intéressé.

De tels faits ne doivent pas être rares et, dans mes *Études ophtalmologiques*, j'ai publié une observation qui rentre, à n'en pas douter, dans cette classe de paralysies oculaires.

Observation

M. F..., chef de bataillon, a reçu de son cheval, le 6 février 1880, au moment où il allait le monter, un coup de tête qui a porté sur le côté gauche de la face au niveau de la région orbitaire. Immédiatement trouble de la vision à gauche et diplopie. Douleurs profondes dans l'orbite, congestion de la conjonctive sans ecchymose, œdème léger de la paupière inférieure. Application de sangsues, purgatifs, bains de pied sinapisés. Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans mon service, le 27 février, trois semaines après l'accident.

A ce moment, je constate tous les signes d'une paralysie du muscle droit inférieur de l'œil gauche, avec congestion de la papille optique et légère hémorragie dans le corps vitré. Sous l'influence de frictions péri-orbitaires, d'électrisation à courants continus de faible intensité, d'exercices journaliers avec des verres prismatiques de plus en plus faibles, la diplopie va diminuant peu à peu, et, après un mois et demi de soins et d'application, un prisme de deux degrés suffit pour compenser l'insuffisance du muscle paralysé. La guérison est complète après deux mois de traitement.

Comme le remarque M. de Lapersonne, la bénignité habituelle de ces accidents fait qu'ils ne sont pas publiés et leur fréquence doit être assez grande. Nous voyons en effet que chez tous les patients l'amélioration fut rapide ; la guérison complète chez quatre, après trois semaines, un mois et deux mois. Enfin deux blesssés furent perdus de vue chez lesquels la paralysie était en voie de régression.

Notre confrère ne nous dit rien de l'état des organes de la vision chez ses observés. Le nôtre présentait, on l'a vu, une légère hémorragie du vitré et une congestion du disque papillaire. Il est à supposer qu'un choc, assez violent pour amener une fissure du rebord orbitaire, peut déterminer des altérations des milieux oculaires, ou des enveloppes de l'œil, et je regrette que M. de Lapersonne ne nous ait pas renseignés sur ce point. Je regrette également qu'il soit resté muet sur le traitement mis en usage. Il est possible, au reste, qu'on ait le plus souvent laissé à la nature le soin de réparer les désordres produits par le traumatisme.

Pathogénie. — Quelle est exactement la nature des lésions d'où proviennent ces paralysies isolées ? A défaut d'une constatation directe, il est permis de croire à la production d'un épanchement sanguin dans la gaine du muscle intéressé. « Les minces trabécules, dit notre distingué confrère, qui unissent les muscles de l'œil à leur gaine ténonienne, sont impuissantes à arrêter une infiltration étendue et la compression qui résulte de cet épanchement est suffisante pour empêcher le fonctionnement du muscle. »

En faveur de cette explication plaident la constance et la rapidité de la guérison. Le sang ne tardant pas à être résorbé, le muscle reprend peu à peu son action. Sans doute les symptômes présentés par les patients démontrent que chez plusieurs d'entre eux il y a eu déchirure de la muqueuse pituitaire, lésion du revêtement du sinus maxillaire et probablement fissure de la paroi orbitaire correspondante. Conclure de là à l'existence d'un hématome intra-musculaire n'a rien que de fort acceptable quand il s'agit des muscles petit oblique et droit inférieur. Pour le muscle droit

supérieur l'explication devient plus difficile à admettre. Il me semble que dans tous ces accidents, du choc violent qui frappe le rebord orbitaire peut résulter, en même temps qu'un épanchement sanguin dans la gaine musculaire, la rupture d'un certain nombre de fibres charnues ainsi que des altérations légères des rameaux nerveux disséminés dans la masse contractile. Il n'y a aucune raison pour qu'un traumatisme assez puissant pour rompre la paroi osseuse et l'épais rebord de la ceinture orbitaire, ne fasse pas sentir ses effets sur les organes immédiatement contigus aux os fissurés. De l'étendue, de la profondeur des lésions dépend le degré de la paralysie et la rapidité de la réparation fonctionnelle.

Nous devons être reconnaissants à M. le professeur de Lapersonne d'avoir appelé l'attention sur une variété de paralysies traumatiques des muscles de l'œil fort peu étudiées jusqu'ici et dont il a fait ressortir avec soin les particularités.

Dr CHAUVEL.

DE LA VALEUR

DE

L'ADRÉNALINE EN THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE[1]

PAR

Le Docteur A. YVERT

Chirurgien à Dijon.

Messieurs et chers collègues,

Je devrais commencer, en prenant la parole au milieu de vous, sur un sujet aussi restreint en apparence que l'emploi de *l'adrénaline* dans le traitement des maladies du globe de l'œil et en chirurgie oculaire, par m'excuser de traiter une

1. Communication à la *Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or*, dans la séance du 3 juillet 1903.

question aussi spéciale, et qui ne paraît, au premier abord, que du ressort des ophtalmologistes, seuls compétents en pareille matière. Mais, je vous avouerai franchement que je suis loin de partager, à ce propos, une pareille manière de voir; attendu qu'à mon avis, il s'agit là de connaissances nouvelles, d'acquisitions toutes récentes, dont ne saurait, assurément, se désintéresser la chirurgie générale; et que, d'autre part, en admettant même que nos confrères aient l'intention, avec la possibilité, de recourir à l'intervention aussi hâtive que possible d'un oculiste, en cas de maladie des yeux, il n'en résulte pas moins, cependant, qu'ils ne peuvent ni ne doivent dédaigner les connaissances capables de leur permettre de parer aux premiers accidents, tout en donnant le temps aux pauvres patients, venus pour réclamer leurs soins, d'éviter des complications qu'un retard de quelques heures seulement pourraient bien entraîner.

L'adrénaline, d'autre part, n'est pas un agent dont l'emploi reste limité à l'oculistique; puisque, bien au contraire, ce produit tend de plus en plus, chaque jour davantage, à rentrer dans le domaine de la médecine et de la chirurgie, où il rend également les plus signalés services : ainsi que nous nous proposons, du reste, de vous le démontrer plus tard, si le sujet peut vous intéresser tant soit peu. Aujourd'hui, et pour le moment, nous n'aurons absolument en vue que ses applications à la thérapeutique ophtalmologique.

Or, parmi les innombrables médicaments nouveaux, dont s'est enrichie depuis quelque temps la matière médicale, il en est peu, assurément, qui méritent de retenir autant l'attention que l'adrénaline. Cet agent, en effet, n'est pas un simple perfectionnement, un succédané quelconque d'un de ses prédécesseurs; on peut dire, en réalité, et sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'il n'est comparable à aucun autre corps en usage. C'est au Dr Takamine, de New-York, que revient le mérite de l'avoir extrait le premier, en 1901, des capsules surrénales; mais, toutefois, les premiers échantillons ne parurent dans le commerce qu'au commencement de 1902, préparés par la maison Parke, Davis et Cie, de

Londres. Depuis, notre distingué confrère M. le Dr Jacquet, de Lyon, s'est adonné tout particulièrement à la production de ce produit, qu'il livre pour l'oculistique spécialement, en solution au millième, parfaitement stérilisée, et contenue dans des tubes de verre disposés de manière à pouvoir être, séance tenante, au moyen d'un tube de caoutchouc adapté à l'une de ses extrémités, transformés en véritables compte-gouttes. Ce collyre peut ainsi, être conservé un temps illimité en état de stérilisation parfaite et sans la moindre chance d'altération chimique.

Le même dispositif existe également dans les tubes compte-gouttes préparés par notre excellent collègue, M. le pharmacien Demandre, qui remplissent exactement le même but et les mêmes indications.

Clin, Petit, et bien d'autres ont aussi fabriqué le produit en question; mais nous devons avouer que, jusqu'à présent et jusqu'à plus ample informé, nous avons toujours été on ne peut plus satisfait de l'adrénaline de MM. Jacquet et Demandre, et que nous n'avons pas de raison pour recourir à une autre marque.

Nous renverrons, d'ailleurs, ceux d'entre vous, que cette question pourrait intéresser à la thèse, soutenue en 1903, devant la Faculté de médecine de Paris, par M. le Dr Mousset, sous le titre : *Les principes actifs des capsules surrénales; leur emploi en thérapeutique*, dans laquelle l'auteur, après avoir rappelé les notions acquises sur les capsules surrénales, tant au point de vue de la toxicité que de l'action thérapeutique et de l'action physiologique, décrit en détails le mode de préparation de l'adrénaline, et étudie comparativement la valeur des différentes solutions commerciales, et les accidents provoqués par leur emploi.

Ils trouveront également les détails les plus intéressants sur ce sujet dans la *note sur l'adrénaline* que notre excellent confrère, M. le Dr Breton, vient de consacrer à cette étude, il y a quelques jours seulement, dans le n° 75 (30 juin 1903) de la *Gazette des Hôpitaux*.

Toujours est-il que c'est aux ophtalmologistes qu'elle

paraît avoir, jusqu'à présent, rendu les plus signalés services. Et, sans partager complètement l'enthousiasme, par trop exagéré sans doute, de M. le Dr Rey, dont la thèse : *L'adrénaline en ophtalmologie*, de la Faculté de Bordeaux, en 1903, a pour but de démontrer : que les conjonctivites aiguës ou chroniques, catarrhales ou purulentes, le trachome, les gommes de l'iris, les affections des voies lacrymales, nasales, la scléro-choroïdite myopique, les hémorrhagies du corps vitré..., battent constamment en retraite devant le précieux médicament; force est bien, cependant, de reconnaître, que l'introduction de l'adrénaline, dans la thérapeutique oculaire, a constitué un progrès indiscutable et a permis de faire un pas assez sérieux en avant, ainsi que vous allez pouvoir en juger, vous-mêmes, par les multiples applications dont l'énumération va suivre.

A. — Applications physiologiques. — Tout d'abord, des résultats observés expérimentalement dans l'œil normal physiologique, est né un usage de l'adrénaline qui intéresse au plus haut point le monde extra-médical, le grand public et la plus belle moitié du genre humain tout particulièrement. Ce produit est devenu, et tend à devenir chaque jour davantage, un agent cosmétique, esthétique par excellence et de tout premier ordre.

Instillée, en effet, dans un œil normal, à la dose d'une goutte de solution au millième, l'adrénaline détermine en quelques secondes, une minute tout au plus, une blancheur toute spéciale du globe oculaire, de la conjonctive, des culs-de-sac et des paupières. L'effet maximum est atteint en deux minutes en moyenne, il persiste d'une heure à deux. L'organe de la vision prend, dans ces conditions, un éclat particulier, un aspect langoureux combinés à une profondeur du regard qui n'est pas sans charmes, et donne à la physionomie un cachet absolument caractéristique; en même temps qu'apparaît un reflet tout spécial, un brillant extraordinaire qui attirent l'attention, et font déjà que bien des personnes habituées à fréquenter les bals, les soirées, les théâ-

tres, utilisent cet alcaloïde dans un but purement de coquetterie. Nombre d'actrices en renom, de demi-mondaines de haute marque, même beaucoup de dames de la société la plus sélecte, ont recours maintenant à cette méthode de perfectionnement pour briller dans le monde d'un plus vif éclat. A plus forte raison, devra-t-on en recommander l'usage, dans ces conditions, au beau sexe d'un certain âge, dont les conjonctives bulbaires se congestionnent facilement, à tendances apoplectiques; ainsi qu'à certaines jeunes filles dont les paupières se gonflent et s'injectent après quelques heures passées sous l'éclat des lustres, dans une atmosphère surchauffée et confinée.

D'autant plus que cette substance n'altère en rien l'épithélium de la cornée; ne produit ni myosis, ni mydriase et ne modifie en quoi que ce soit l'accommodation. Ne jouirait-elle que de cette propriété, qu'assurément l'adrénaline mériterait, de ce chef seul, une certaine considération; et que j'aurais considéré comme un temps bien employé les quelques minutes que je viens de lui consacrer.

B. Applications thérapeutiques. — Mais là où cette substance mérite surtout d'être étudiée, où elle rend les services les plus signalés, c'est quand on recherche sa valeur dans ses applications thérapeutiques; quand on l'utilise contre certaines maladies des yeux, qu'elle parvient à juguler absolument, dans bien des circonstances.

Un premier point, extrêmement important et intéressant, est cette propriété qu'elle possède : d'accentuer notablement, d'augmenter dans des proportions considérables, quand elle y est *associée*, l'effet de tous les alcaloïdes auxquels on l'ajoute, avec lesquels on combine son action; à telles enseignes : que l'anesthésie cocaïnique devient beaucoup plus rapide et plus profonde; que la mydriase apparaît bien plus vite et plus accentuée sous l'influence de l'atropine; le myosis infiniment plus prononcé, sous celle de l'ésérine ou de la pilocarpine. Bien plus, en cas d'hypérémie du globe de l'œil, qui offre alors, comme on sait, une plus grande

résistance à l'action des collyres, l'adrénaline favorise encore leur activité et en augmente, d'une façon parfois surprenante, l'intensité. Il n'est pas jusqu'à ces yeux, bien souvent absolument réfractaires à l'instillation des solutions les plus énergiques, en temps ordinaire, et dont des doses, même extrêmement élevées de mydriatiques ou de myotiques, ne parviennent pas à déterminer la dilatation ou le rétrécissement pupillaire, qui ne soient justiciables de l'association de l'adrénaline. Dans ces conditions, il s'agit, bien certainement, à notre avis, d'une augmentation de tension tout à fait anormale des milieux intra-oculaires, ne permettant plus l'osmose de se produire comme à l'état normal physiologique, ni la pénétration, à l'intérieur des chambres antérieure et postérieure, de l'alcaloïde instillé dans le cul-de-sac conjonctival : jadis, et jusqu'à présent, les émissions sanguines locales rendaient, en pareille circonstance, les plus grands services; et il suffisait, bien souvent, de l'application de deux ou trois sangsues à la tempe pour voir cesser presque instantanément ce manque d'absorption, et apparaître, sans plus tarder, la mydriase ou le myosis recherchés. Or, on peut dire, aujourd'hui, que l'adrénaline nous rend, sous ce rapport, le grand service de supprimer ces agents antiphlogistiques, toujours fort ennuyeux et fort désagréables, tout en parvenant au même but, dans un délai plus rapproché. Il suffit, assurément, de s'être trouvé aux prises avec ces difficultés cliniques, pour apprécier, à sa juste valeur, toute l'importance de l'adrénaline dans ces conditions parfaitement déterminées.

Passons, maintenant, en revue chacune des affections du globe de l'œil, dans lesquelles l'extrait de capsules surrénales est appelé à nous rendre de réels services, de constituer un progrès sensible par rapport aux méthodes thérapeutiques appliquées antérieurement à la découverte de ce nouveau produit.

Conjonctivites catarrhales aiguës. — On peut affirmer, sans crainte de se tromper, que la solution d'adrénaline au

millième agit constamment, d'une manière absolument favorable, dans la plupart des inflammations de la conjonctive de nature catarrhale, aussi bien bulbaire que palpébrale : deux ou trois instillations par jour, entre les paupières, *d'une goutte chaque fois*, déterminent à n'en pas douter, une guérison beaucoup plus rapide, une disparition bien plus accentuée des accidents inflammatoires, que l'emploi seul et isolé des anciens collyres.

Il existe, toutefois, certaines catégories d'affections de la conjonctive, dans lesquelles l'action de l'adrénaline est bien plus nette, plus précise, plus appréciable encore ; où cet agent paraît agir avec une espèce de spécificité, de puissance élective particulière.

Conjonctivite rhumatismale. — A cette catégorie se rattache, bien certainement et en premier lieu, cette espèce de conjonctivite, à symptômes spéciaux, qu'on rencontre chez les rhumatisants, comme localisation primitive de la diathèse, ou comme détermination secondaire d'autres poussées sur les articulations, le fond de la gorge, etc., dont nous avons fourni, il y a quelque vingt-cinq ans, une observation remarquable à M. le médecin-inspecteur Perrin, pour une communication qu'il fit, à cette époque, à l'Académie de médecine, sur la conjonctivite rhumatismale.

Congestion oculaire de nature arthritique. — Dans le même groupe, assurément, se range cette *congestion diffuse et généralisée* du globe oculaire, de nature arthritique, avec intégrité, d'ailleurs, absolue de la vision, sur laquelle notre excellent confrère, M. le docteur Moissonnier, de Tours, a spécialement appelé l'attention, au Congrès de 1902, de la *Société française d'Ophtalmologie.* — Le malade a une sensation de gravier et de cuisson avec du larmoiement et de la photophobie. La durée est courte, en général de huit à quinze jours. Il n'y a pas de véritables douleurs, mais plutôt de la gêne. Cette affection se voit dans les deux sexes, après 40 ans, et chez des sujets à tempérament arthritique. Ce

n'est ni de la conjonctivite, ni de l'iritis proprement dites, bien qu'elle ressemble, à s'y méprendre, à l'injection ciliaire de l'iritis aiguë; ni de l'épisclérite qui procède par foyers circonscrits; ni de la sclérite profonde qui a une marche toujours plus ou moins chronique. Ce serait, pour l'auteur, une simple *hypérémie sclérale*, formant une entité morbide distincte, comme l'hypérémie rétinienne. Nous serions, pour notre compte personnel, beaucoup plus disposé à en faire le premier degré de la conjonctivite, dite rhumatismale, à laquelle nous venons de faire allusion, avec congestion de l'iris. Quelque opinion qu'on puisse avoir à ce sujet, toujours est-il que, dans ces conditions, l'adrénaline, à 1 pour 1,000, à la dose de deux à trois gouttes, dans les vingt-quatre heures, fournit des résultats absolument merveilleux; et mérite, haut la main, la préférence sur toutes les médications auxquelles on avait toujours recours, en pareil cas, jusqu'à présent.

Catarrhe printanier. — Nous serons non moins explicite et non moins catégorique en ce qui concerne le catarrhe printanier, cette affection si bizarre, si douloureuse parfois, constamment si rebelle à tous les traitements les plus logiques et les plus rationnels, et qui semble avoir avec cette maladie, qu'on désigne généralement du nom d'asthme des foins, des relations si étroites et si intimes. Toujours est-il que, contre cette inflammation, qui revient presque toujours périodiquement chaque année, au printemps, et se traduit bien souvent par une hypertrophie de la conjonctive, pouvant en imposer au premier abord et à tout esprit non prévenu, pour de véritables granulations, l'adrénaline fait absolument merveille. Au point qu'à l'heure actuelle, nombre de spécialistes en font un véritable spécifique de cette maladie si étrange comme allure et comme expression. Un de nos clients, actuellement en traitement de ce chef, peut être cité comme un cas extrêmement curieux sous ce rapport.

Sclérites et épisclérites. — Mais là, où, à notre avis, et d'après notre expérience personnelle, éclate le véritable

triomphe de l'adrénaline, c'est quand on utilise cet agent médicamenteux contre les sclérites et les épisclérites, rhumatismales surtout : oh! alors, assurément, on peut dire que les résultats sont absolument étonnants et hors de pair avec tout ce qu'on obtenait avant l'introduction dans la thérapeutique de cette substance efficace entre toutes. Nous avons été, pour notre compte, à même de constater, depuis quelque temps, à trois reprises différentes, la valeur incomparable de ce produit, dans le traitement des sclérites d'origine arthritique.

Dans le premier cas, qui date déjà de plus d'un an, et remonte par conséquent à l'époque des premiers débuts de cette médication spéciale, il s'agit d'un sujet rhumatisant, que nous traitions depuis trois ou quatre mois par les moyens classiques alors, pour une sclérite subaiguë, avec tendance à la chronicité. Or, après huit jours seulement d'instillation de trois gouttes, par jour, de solution d'adrénaline au millième, une le matin, une le tantôt et l'autre le soir, nous obtenions une guérison complète et définitive. Notre malade, revu depuis à plusieurs reprises, est resté complètement indemne de toute rechute et de toute récidive.

Notre seconde observation, qui a trait à une dame de 40 ans, venue à notre consultation peu de jours après le malade précédent, présentait, au moment où nous avons été appelé à lui donner des conseils, le type le plus parfait, le plus complet, qu'on puisse imaginer, de sclérite suraiguë, intense, avec gonflement énorme de toute la sclérotique et trois saillies, de plusieurs millimètres de relief, des dimensions d'un demi-pois rond, simulant absolument des pustules en voie d'évolution, dont deux localisées à la moitié supérieure du bulbe et la troisième occupant la partie inférieure. Afin de nous rendre un compte aussi exact que possible de la valeur de l'adrénaline en pareil cas, nous avons, de parti pris et de propos délibéré, supprimé tout traitement général pour n'utiliser que les instillations, comme plus haut, trois fois par jour, et à la dose d'une seule goutte de solution au millième. Or, au bout de quatre jours exactement, toute

trace de gonflement pustuliforme avait disparu en bas, et les deux saillies supérieures avaient notablement diminué. Trois fois vingt-quatre heures plus tard, on ne constatait plus rien dans la moitié supérieure du bulbe. Depuis, nous n'avons plus entendu parler de notre malade, qui nous avait bien promis de revenir nous trouver, en cas de nouvelle poussée inflammatoire.

Non moins intéressant, non moins significatif, non moins concluant est le troisième cas de sclérite, auquel nous avons fait allusion précédemment; plus rapide encore même a été le résultat obtenu. Nous étions, en effet, appelé le 3 novembre 1902, chez un sujet éminemment arthritique, atteint assez fréquemment de rhumatisme goutteux généralisé, et qui, pour l'instant, avait une sclérite des plus accentuées de l'œil gauche. Ce n'était malheureusement pas la première fois que cette personne souffrait ainsi de l'organe de la vision, et à différentes reprises déjà elle avait subi de pareils accidents, dont la durée avait oscillé entre cinq et six semaines au minimum. Notre client, grand chasseur, grand amateur d'exercices de toutes sortes, avait déjà pris son parti à l'avance et renonçait d'ores et déjà très stoïquement à une partie de chasse projetée pour le dimanche suivant. Or, nous étions ce jour-là au lundi précédent; et grand fut son étonnement quand nous lui assurâmes qu'il serait absolument guéri cinq ou six jours après, et parfaitement en état, quoiqu'il arrive, d'aller à son rendez-vous. Séance tenante, nous avons instillé une goutte d'adrénaline, suivie de deux autres dans le courant de la journée; même traitement durant toute la semaine, au bout de laquelle notre malade, heureux et content, fut tout surpris de se retrouver, comme tous ses compagnons, chasseur gai, alerte, avec bon pied et surtout bon œil. De telles observations se passent, assurément, de tout commentaire, et ne sauraient laisser le moindre doute dans l'esprit même des plus récalcitrants.

Iritis graves. — Or, ce que nous venons de dire ne reste pas limité simplement aux membranes externes du globe de

l'œil, à la conjonctive et à la sclérotique. Car bien certainement, l'action éminemment favorable de l'adrénaline se fait sentir jusqu'à l'intérieur même de l'organe de la vision. C'est ainsi que, dans les cas d'iritis graves, on obtient des résultats vraiment extraordinaires de l'emploi du collyre mixte suivant :

Sulfate neutre d'atropine	0,02 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,20 —
Chlorhydrate d'adrénaline 1/1,000.....	2 à 5 grammes.
Eau distillée stérilisée.....	8 à 5 —

Une goutte dans l'œil toutes les trois heures.

En cas d'adhérences de l'iris à la cristalloïde antérieure, de synéchies postérieures, pour employer l'expression consacrée, on se trouverait parfaitement de l'association au collyre précédent de dionine à la dose de 0,10 centigrammes. C'est une combinaison que nous ne saurions trop recommander dans ces conditions souvent bien embarrassantes.

Glaucome chronique — subaigu — intermittent. — En dehors du glaucome aigu, qui n'est justiciable que de la seule iridectomie, quand l'intervention chirurgicale, pour une raison ou pour une autre, ne paraît pas encore suffisamment justifiée, lorsqu'enfin l'opération est catégoriquement refusée par le malade, l'association de l'adrénaline aux myotiques donne assez souvent de bons résultats, et permet même dans certains cas, non seulement de différer, mais de supprimer toute intervention active. On se trouvera parfaitement bien alors de la formule suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine	0,10 centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000....	āā 5 grammes.
Eau stérilisée.....	

Une goutte toutes les deux heures jusqu'à cessation de l'accès.

Le collyre antiglaucomateux ci-dessous paraît également donner des résultats excellents :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000.....	1 gr. (XX gouttes).
Chlorhydrate de pilocarpine	0,10 centigr.
Salicylate d'ésérine.....	0,02 —
Eau stérilisée.....	10 grammes.

Deux à huit instillations par jour.

Irido-choroïdite chronique. — De même, dans certaines formes d'irido-choroïdites chroniques, à rechutes, à douleurs sourdes, sujettes à des paroxysmes plus ou moins fréquents, l'adrénaline est appelée à un certain avenir. Notre excellent maître et ami, M. le professeur Galezowski, exprime à ce sujet l'opinion suivante, laquelle, étant donnée l'autorité dont elle émane, doit certainement peser d'un certain poids dans la balance.

« En règle générale, écrit en effet cet ophtalmologiste éminent, je considère la *surrénaline* comme un moyen très précieux, capable de rendre de très réels services dans les yeux atteints de choroïdo-iritis chroniques chez des personnes chez lesquelles les douleurs se prolongent et sont en même temps accompagnées de photophobie et de stases veineuses péricornéennes, dans lesquelles on ne parvient pas à faire cesser les stases veineuses et la vascularisation longue et invétérée. »

Rétinites hémorragiques. Thromboses rétiniennes. Embolies de la rétine. — Pour M. Galezowski également, cette substance aurait une valeur très précieuse dans le traitement de certaines affections oculaires chroniques congestives, telles que les rétinites hémorragiques, les thromboses rétiniennes et les embolies capillaires de la rétine. Nous n'avons pas encore eu, pour notre compte, l'occasion de l'employer dans ces conditions spéciales ; mais nous ne manquerons pas assurément de faire bénéficier, le cas échéant, nos malades de ces applications récentes à la thérapeutique [1].

1. Or, quelques jours seulement après cette communication, un rapport présenté à la *Société d'ophtalmologie de Paris*, dans sa séance du 7 juillet

Hémorrhagie du corps vitré. — Bien que nous n'ayons pas encore de document spécial à ce propos, nous n'hésiterons pas non plus, bien persuadé d'avance de l'avantage qu'on pourrait en tirer, à recourir au collyre à l'adrénaline, en cas d'hémorrhagie plus ou moins abondante à l'intérieur du corps vitré : l'action, tant physiologique que pathologique de cette substance, semblant indiquer *a priori*, et avec toutes chances de succès, qu'elle joue toujours et partout un rôle capital, quand on a affaire à une extravasation sanguine, d'où quelle vienne, quelle qu'en soit la cause plus ou moins immédiate.

Or, en dehors des propriétés extrêmement actives et éminemment antiphlogistiques qu'elle peut exercer, l'adrénaline est susceptible encore de rendre de signalés services, en tant qu'adjuvant de certains agents thérapeutiques ou d'interventions spéciales, qui ne laissent pas d'être plus ou moins pénibles, parfois même excessivement douloureux pour les pauvres patients.

Action anesthésique de l'adrénaline en cas de cautérisation du globe de l'œil. — Il n'est pas, sous ce rapport, jusqu'aux cautérisations soit au nitrate d'argent, soit surtout au sulfate de cuivre souvent si angoissantes, quelquefois littéralement insupportables, que l'adjonction de l'adrénaline à la cocaïne, ou que la solution seule d'adrénaline à 1 pour 1,000, instillée à la dose de deux gouttes cinq minutes avant l'application du sel d'argent ou de la pierre divine, ne rendent sinon complètement indolores, tout au moins parfaitement tolérables; surtout si on prend la précaution de faire suivre ces

1903, par M. Chaillous, sur un travail de M. Poinot, relatif au traitement des hémorragies rétiniennes par l'adrénaline, venait confirmer absolument notre manière de voir à ce propos.

L'auteur, en effet, a observé chez un malade, atteint de diabète et d'albuminurie, des hémorragies rétiniennes graves. En dernière ressource, il pratiqua des injections sous-conjonctivales, d'un centimètre cube de sérum gélatiné, à 5 p. 100, qui semblèrent retarder l'apparition des hémorragies. Or, après une nouvelle rechute, *il ajouta* au sérum gélatiné *une goutte de la solution d'adrénaline à* 1 p. 1,000. Depuis, l'état du malade est resté stationnaire et les hémorragies n'ont pas reparu. A. Y.

cautérisations d'une seconde instillation d'adrénaline à quelques minutes d'intervalle.

Influence de l'adrénaline sur le cathétérisme des voies lacrymales. — Dans le traitement des affections des voies lacrymales, son emploi sera non moins indiqué, en deux circonstances principalement :

1° Pour guérir plus aisément qu'auparavant, grâce à l'action anémiante et décongestionnante de l'adrénaline, les rétrécissements inflammatoires du canal qui se laisseront, après sa pénétration à l'intérieur de ce conduit, modifier plus facilement par les injections caustiques ou antiseptiques ordinaires.

2° Pour rendre, d'autre part, le cathétérisme infiniment moins douloureux et moins dangereux, en cas de rétrécissement, non plus inflammatoire, mais même cicatriciel.

Action de l'adrénaline à l'égard de diverses autres maladies oculaires. — Enfin, pour en terminer avec l'influence de l'extrait de capsules surrénales sur la pathologie de l'organe de la vision, il ne nous reste plus qu'à signaler, sans preuves toutefois encore suffisantes à l'appui, l'avantage qu'on pourra, au dire de notre distingué confrère, M. le Dr H. Coppez, de Bruxelles, qui a publié un remarquable article sur ce sujet, dans la *Clinique ophtalmologique* en janvier dernier, retirer de l'adrénaline, dans *les plaies bourgeonnantes des paupières*, les *ulcères tuberculeux* ou *épithéliomateux*, sous forme de pansements avec la gaze imprégnée d'une solution à 1 pour 1,000.

C. Applications chirurgicales. — Bien autrement formelle encore serait, d'après l'opinion de M. le docteur Brissot, élève de M. le professeur de Lapersonne, qui a soutenu cette année même, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse sur : *L'adrénaline et ses applications en ophtalmologie*, basée sur des observations nombreuses, recueillies à la clinique de l'Hôtel-Dieu; bien autrement formelle

serait, dis-je, l'indication de l'emploi de l'adrénaline dans les *interventions chirurgicales*, toutes les fois qu'il est question d'agir sur la cornée et d'inciser la conjonctive, voire même les membranes plus profondément situées, telles que l'iris par exemple.

L'*extraction des lithiases conjonctivales* sur le bord des paupières sera, tout d'abord, extrêmement facilitée par les attouchements à l'adrénaline, en ce double sens : que la douleur deviendra beaucoup plus supportable et l'hémorragie presque nulle.

Dans tous les cas de *corps étrangers de la cornée*, un collyre mixte à la cocaïne et à l'adrénaline aura la propriété de rendre cette ablation beaucoup plus simple et infiniment moins douloureuse. Celui auquel nous accordons la préférence, en pareille circonstance, est le suivant :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0,10 centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000	0,50 (X gouttes).
Eau stérilisée.....	10 grammes.

Lorsque déjà une certaine réaction est survenue, et qu'il s'agit d'obtenir une insensibilité complète sur un œil hypérémié, il sera indiqué de prescrire :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0,20 centigr.
Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000	2 grammes.
Eau stérilisée.....	8 —

Une goutte toutes les deux minutes pendant dix minutes.

Ces collyres mixtes ont une efficacité réellement surprenante; et, même pour ces deux derniers, il semble que l'adjonction à la cocaïne de l'adrénaline ait la propriété de diminuer les tendances à la syncope cocaïnique, à redouter surtout chez les enfants.

Dans les *opérations sur la conjonctive* (ptérygion, péritomie, ablation de tumeurs, chalazion, autoplastie), dans les *interventions pour strabisme* (avancement ou recul du tendon), on pourra, grâce à l'adrénaline, éviter presque sûre-

ment toute hémorragie génante. Notre savant confrère, M. le Dr Darier, recommande plus spécialement dans ce but un mélange de :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1,000.....	XX à L gouttes.
Solution de Cn Hg à 1/2,000.....	10 grammes.

qui a le double avantage d'agir comme agent à la fois ischémiant et antiseptique.

Il n'est pas, enfin, jusqu'à *l'iridectomie*, à *l'iridotomie*, qui ne puissent devenir moins difficiles et moins compliquées, à la suite de l'emploi de la solution d'adrénaline au millième : elle pourra, dans tous les cas, pallier à ces hémorragies, souvent si abondantes et si rebelles, qui forcent le chirurgien à interrompre son opération, ou du moins les rendre aussi peu gênantes que possible. Elle permet d'opérer, selon l'expression si juste et si pittoresque de Lermoyez, comme avec la bande d'Esmarch.

D. Applications diagnostiques. — Une dernière application, essentiellement pratique, et souvent fort importante en clinique, de l'adrénaline, consiste dans l'utilisation qu'on peut faire de cette substance pour l'établissement de certains diagnostics compliqués non moins que difficiles : nous faisons allusion, pour le moment, à ces injections périkératiques, de couleur lie de vin, et à propos desquelles il est parfois absolument impossible d'affirmer si elles sont la conséquence de la vascularisation anormale de la conjonctive seule, ou, au contraire, de celle-ci combinée à la congestion et au développement pathologique des vaisseaux plus profondément situés. Or, dans ce cas, cette difficulté disparaît instantanément, du fait de l'instillation dans l'œil d'une ou de deux gouttes au maximum de la solution d'adrénaline à 1 pour 1,000, qui, supprimant d'emblée et tout d'abord la congestion superficielle de la conjonctive, permet de se rendre compte si, oui ou non, les tissus sous-jacents prennent part à l'inflammation périkératique. Ce qui peut

entraîner de sérieuses conséquences, au point de vue du mode de traitement à intervenir.

Telles sont, messieurs et chers collègues, les multiples applications qui ressortissent à l'adrénaline, en ce qui touche seulement à la thérapeutique ophtalmologique : vous pouvez juger par le rapide aperçu que je viens de vous en donner, de leur importance et de leur utilité dans la pratique journalière des maladies des yeux. Vous retirerez, j'espère, de cet exposé, que j'aurais désiré rendre plus court, cette impression, qui était la mienne au début de cette communication, et que je me suis efforcé de vous transmettre, à savoir : que, comme j'avais l'honneur de vous le dire en commençant, l'adrénaline constitue bien réellement un agent thérapeutique de tout premier ordre, absolument hors de pair, et bien digne, assurément, de fixer quelques instants toute votre attention.

Dr A. Yvert.

DU SARCOME CHOROÏDIEN

PAR

Le Dr E. HOUDART (de Brest)

Le sarcome choroïdien est une maladie heureusement rare, sa gravité est reconnue sans contestation aucune, et la prise qu'il offre aux interventions armées, est si petite qu'elle ne laisse au malade que le choix de succomber à la métastase ou à la récidive suivant que l'opération a été acceptée de bonne heure ou tardivement. Cependant, suivant Stock, le sarcome du tractus uvéal est souvent suivi de guérison opératoire et pour cette idée il publie une statistique où le pourcentage des guérisons a atteint 63 p. 100 d'une part, et 47 p. 100 de l'autre avec résultats acquis depuis longtemps; malgré cette

protestation, le sarcome n'en a pas moins conservé, à juste titre, sa mauvaise réputation chirurgicale.

La statistique de Stock veut, je crois, surtout prouver que le sarcome choroïdien n'est pas incompatible avec une longue survie après opération, mais il eut été intéressant de lui opposer une statistique de longévité de porteurs de sarcome dûment constatés et non opérés.

Il est une raison dominante qui force la main du chirurgien, ce sont les douleurs vives, intolérables, dont s'accompagne la deuxième période dite glaucomateuse de l'évolution des tumeurs intra-oculaires, au moment où celles-ci atteignent la région ciliaire.

Il semble que quelques cas peuvent échapper à ces douleurs et le diagnostic de la tumeur, chez des personnes peu soigneuses, devient un fait de découverte dû au hasard, à l'occasion d'une démarche pour un phénomène inquiétant surajouté. C'est ce qui paraît s'être présenté dans le cas suivant :

Observation.

Mme K. M..., âgée de 42 ans, cultivatrice des environs de Châteaulin, femme d'une vigueur extraordinaire, gardant toute la force et l'apparence de la jeunesse, malgré la mise au monde de douze enfants qu'elle a tous nourris au sein et conservés.

Ses antécédents personnels sont nuls; elle ne s'est jamais connu le moindre malaise en dehors de ses accouchements; ses parents sont morts de vieillesse.

Elle vint accompagner à la consultation sa plus grande jeune fille, atteinte depuis quelques mois de kérato-conjonctivite lymphatique et prendre elle-même, puisqu'elle en avait l'occasion, un petit avis sur un œil dont elle ne voyait plus depuis quelques semaines à la suite d'un léger accident; cet œil était devenu rouge, saillant et était entouré d'œdème assez marqué en bourrelet dans les culs-de-sac conjonctivaux; la paupière se fermait mal et la cornée, déjà légèrement excoriée, menaçait d'être atteinte d'abcès perforant.

Je fus frappé immédiatement de l'aspect de cet œil à paupière supérieure tombante et œdémateuse, à conjonctive injectée et très épaissie au niveau du cul-de-sac supérieur.

La cornée est saine, excepté à la partie inférieure, ainsi que la sclérotique, la chambre antérieure est nulle, une masse noire, ayant conservé l'apparence de l'iris, est accollée et fortement pressée à la face postérieure de la cornée.

Pas d'orifice pupillaire; l'œil paraît augmenté de volume, il est dur au toucher et résiste autant qu'une bille d'ivoire. Il ne réagit pas à la pression.

La mobilité de l'œil est suffisante pour lui permettre de suivre tous les mouvements de son congénère.

Je pensai immédiatement à une tumeur intra-oculaire, certainement un sarcome de la choroïde ayant envahi la totalité de la cavité oculaire, peut-être même pénétré dans la masse cellulaire de l'orbite, et demeurai très sceptique sur l'absence absolue de douleur.

Mme K..., interrogée à nouveau, affirma n'avoir jamais souffert et ne s'être aperçue de la perte de son œil qu'à la suite d'un accident insignifiant, à propos duquel elle avait elle-même fait l'expérience rudimentaire de son acuité visuelle, en plaçant une main au devant de l'œil du côté sain.

Avec un pareil diagnostic, l'hésitation n'était pas permise, l'énucléation, proposée sur-le-champ ne fut acceptée que plusieurs semaines plus tard après l'intervention de sa famille, à qui avait été révélée la gravité de la maladie.

L'énucléation ne pouvait être suffisante, la section du nerf optique était truffée et, en arrière, les masses molles renfermaient des centres d'induration manifeste en relation avec le nerf optique.

Je proposai immédiatement aux membres présents de la famille de continuer par l'exentération de la cavité orbitaire, ce qui fut refusé par excès de sensibilité de la fille aînée estimant déjà la première intervention suffisamment importante.

Trois semaines ensuite, il fallut y avoir recours pour

repullulation énorme, indolente de la tumeur avec saillie des paupières et exorbitis très marqué.

L'opération première aurait-elle donné un vrai coup de fouet à l'évolution primitive de la tumeur purement locale? Il est permis de le penser; car avant l'énucléation, l'affection paraissait très localisée, sans aucune adénopathie, sans tendance marquée à se propager vers le cerveau et l'évolution paraissait se faire lentement, sans éclat et sans douleurs.

L'exentération est faite en respectant les paupières, la cavité orbitaire est réduite à l'état de squelette. L'os planum est sain, les sinus frontaux et le plafond de la voûte sont également respectés par la dégénérescence. Aucun prolongement morbide du côté de la fente sphéno-maxillaire et ptérygo-maxillaire.

Les suites de l'intervention sont excellentes : trois mois après, la femme K... se trouvait tellement bien qu'elle réclamait une pièce artificielle.

Au mois de décembre suivant, Mme K... mourait dans son pays d'une maladie indéterminée pour laquelle son médecin habituel lui a fait une seule visite.

Aucune autopsie n'a été faite.

Examen de la pièce énuclée. — L'œil a conservé sa forme ordinaire, sa couleur en est normale, en aucun point teinte noirâtre même ardoisée, trahissant la présence de la tumeur intra-oculaire, aucune tendance au staphylome. La section du nerf optique faite très au ras de la sclérotique présente à la coupe des stries noirâtres témoignant l'envahissement de la cavité orbitaire. La cornée transparente suffisamment laisse observer l'absence de chambre antérieure et l'accollement à sa face postérieure d'une masse noire très dense.

Une section est faite dans le sens antéro-postérieur, de manière à diviser la pièce en deux segments égaux par un trait passant par la cornée et le nerf optique : aucun liquide ne s'échappe. Alors apparaît la cavité oculaire littéralement remplie par une masse noire d'une belle couleur de truffe saine de bonne qualité, le diagnostic de tumeur mélanique

se portait de lui-même. Impossible à l'œil nu de reconnaître les vestiges du cristallin, de l'iris, des procès ciliaires et des membranes profondes. La masse paraît uniforme comme teinte surtout à la partie antérieure jusqu'au delà du milieu de la tumeur. En arrière la teinte paraît moins foncée et la coupe laisse deviner la présence d'un réseau connectif se distribuant et se perdant dans le tissu de nouvelle formation. Aucune adhérence entre la sclérotique qui paraît saine et la tumeur, excepté au niveau du pôle postérieur près de la papille où le tissu néoplasique pénètre dans le nerf optique par un prolongement très serré et très résistant.

La masse enlevée, dans l'exentération de l'orbite n'offre d'autre intérêt que celui de son insertion pédiculée sur l'extrémité sectionnée du nerf optique.

Le nerf optique ne paraissait pas envahi dans toute sa longueur.

Le Dr Porquier, professeur d'histologie à l'école de médecine de Brest, pratiqua de nombreuses coupes dans l'épaisseur du tissu et rédigea la note suivante :

Mélano-sarcome remplissant toute la cavité oculaire de volume normal, consistance extrêmement grande.

Le cristallin a disparu sous l'influence de la compression et laisse à sa place dans une cristalloïde, rompue et facilement reconnaissable par ses spirales, quelques gouttelettes fines de graisse colorées en jaune verdâtre.

La sclérotique et la cornée sont normales.

Destruction complète de la choroïde, de la rétine et du corps vitré qui ne sont isolables en aucun point, cependant au niveau de la papille, on peut avec beaucoup de difficultés sur quelques coupes retrouver des éléments de la rétine.

Le corps vitré est transformé en un bloc sarcomateux au milieu duquel sont plongées des masses pigmentaires de coloration noire — à la coupe on reconnaît des cellules polyédriques ou fusiformes de tailles diverses et de nombreuses formes géantes — pas de cellules embryonnaires, pas de tractus fibreux bien net.

Par places la disposition des cellules rappelle l'aspect de

sarcome fasciculé avec une substance unissante amorphe peu abondante.

La tumeur est très vasculaire, le sang infiltre directement les éléments cellulaires, ou est contenu dans des vaisseaux de nouvelle formation sans parois propres. En plusieurs points, les cellules sarcomateuses en cercle limitent un orifice sans paroi autre que les cellules néoplasiques.

La lésion semble surtout s'être développée aux dépens du système vasculaire. Le système lymphatique ne présente aucune lésion, du reste la conjonctive ne présentait aucune dilatation lymphangiectasique et à la face le ganglion préauriculaire était parfaitement sain.

Dans le cas particulier, la généralisation si rapide après la deuxième intervention trouve une explication très acceptable dans la production probable de thromboses veineuses locales, avec des embolies viscérales dans le foie ou dans le poumon.

Le pigment mélanique est extrêmement abondant, infiltrant les grandes cellules fusiformes ou arrondies, envahissant surtout le noyau.

Les cellules pigmentaires se groupent principalement sous forme de traînées ou de zones assez bien délimitées constituant des amas cohérents. Ailleurs les éléments mélaniques offrent une coloration moins foncée, jaunâtre, transparente; on trouve tous les intermédiaires dans la coloration des cellules pigmentaires depuis la teinte jaune clair jusqu'au noir foncé.

D'où peut sortir l'intérêt de cette observation?

Au point de vue résultat, il paraît des plus minimes et rien ne sera changé dans la manière habituelle de faire et de penser, mais j'ai cru devoir fixer un peu l'attention sur le caractère peu ordinaire de l'absence de toute douleur.

De pareils cas ne sont pas signalés, et s'il en existe de cette importance avec une tumeur volumineuse remplissant la totalité de la cavité intra-oculaire, ils ne sont pas légion.

Gonin, dans les *Annales d'oculistique* de janvier 1902,

signale le cas d'un sarcome périthélial de l'iris, ayant évolué sans douleur bien qu'ayant envahi simultanément la région ciliaire, mais ici le cas n'est pas le même puisque nous avons affaire à un gros sarcome choroïdien total à propos duquel la femme K... est formelle dans la négation de tout phénomène douloureux.

Les auteurs ne manquent pas de signaler les douleurs vives entraînées par la présence d'une tumeur oculaire et établissent même une relation entre la vivacité, la persistance de ces douleurs et la nature maligne de la tumeur : elles deviendraient même facteur important de la dénutrition générale et contribueraient à conduire les malades à la cachexie rapide.

Cette cause pourrait alors être invoquée pour expliquer l'excellent état de la santé générale de Mme K... qui présentait une vigueur extraordinaire avec un bel embonpoint sans la moindre trace apparente d'infection ou d'intoxication.

Un caractère assez curieux de cette tumeur est le peu de tendance qu'elle a présenté à la perforation du globe ; ce caractère appartient habituellement aux tumeurs nées dans le pôle postérieur et, en effet, celle-ci, si l'on doit tenir compte des quelques points d'adhérence de ce néoplasme avec la sclérotique au niveau de la macula, a dû prendre naissance dans le pôle postérieur, envahir toute la choroïde, soulever la rétine et remplir la cavité oculaire.

La nature histologique du néoplasme essentiellement vasculaire, donne bien la raison du point de départ choroïdien aux dépens du système vasculaire si développé dans la membrane choroïdienne.

Quelle est la couche de vaisseaux qui a le plus participé au développement néoplasique, celle des gros, des moyens ou des petits? L'état histologique ne paraît pas donner la solution; il est à remarquer que les lacunes de nouvelle formation de moyen calibre sont en prédominance très grande.

Il paraît donc acquis que le début s'est fait par le pôle postérieur; en plus, il est un caractère dominant des tumeurs intra-oculaires à début uvéal, c'est de perforer rapidement

la coque oculaire après l'avoir infiltrée dans bonne partie de son étendue (Meyerhof).

Or, dans le cas actuel, rien de cela ; le néoplasme né au pôle postérieur a envahi progressivement en les détruisant les éléments de la choroïde. Il n'est pas probable qu'il y ait plusieurs foyers simultanés de développement. Fuchs en a signalé plusieurs cas à la société d'Heidelberg, septembre 1900; le caractère uniforme, non lobulé, de la tumeur sectionnée, empêche de s'arrêter à cette conception ; en plus, en un point d'une coupe microscopique, quelques éléments de la rétine ont été reconnus en contact ou à peine séparés de la sclérotique saine : ce qui fait penser que la rétine a été accolée en cet endroit par la pression du néoplasme ; à ce niveau la choroïde était plus que rudimentaire bien que présentant une infiltration d'éléments anormaux.

Dr E. HOUDART.

NOUVEAU PROCÉDÉ

POUR

LE TATOUAGE RÉGULIER DE LA CORNÉE[1]

PAR

Le Dr H. ARMAIGNAC (de Bordeaux)

Le tatouage de la cornée a pour but : 1° de faire disparaître ou d'atténuer les taies de cette membrane consécutives à des kératites de nature diverse ; 2° de donner plus ou moins exactement à un œil atteint de leucome total ou partiel ou à un moignon, l'apparence d'un œil normal.

Chacun sait, et il n'est nul besoin d'y insister ici, que les taies diffuses, demi transparentes, situées en face de la pupille nuisent beaucoup plus à la vision que les taies

1. Communication à la *Société française d'Ophtalmologie* (Congrès de 1903).

absolument opaques pourvu qu'il reste dans le champ du regard une étendue, quelque restreinte soit-elle, de cornée bien transparente. Dans ces cas le tatouage est non seulement un moyen esthétique mais encore un moyen optique. Quant à l'exécution, elle est facile et tous les procédés déjà connus sont applicables.

Mais il n'en est pas de même lorsque, dans un but purement esthétique mais non moins important pour cela, il s'agit de créer avec l'aiguille à tatouer soit une pupille noire régulière, soit, en même temps, une pupille et un iris, ce dernier se rapprochant suffisamment quant à la couleur et à la dimension à l'iris de l'autre œil.

Parlons d'abord de la pupille.

Pour que celle-ci ait l'apparence d'une pupille normale il est surtout indispensable qu'elle soit de dimension convenable et parfaitement ronde avec un contour bien arrêté et régulier. Jusqu'à présent, que je sache, et si j'en juge par les résultats obtenus par mes confrères et par moi-même, une pupille parfaitement ronde et régulière n'a pu être obtenue qu'à la suite d'un grand nombre de séances délicates, pénibles et coûteuses lorsque le sujet n'habitait pas la même localité que l'opérateur. Je connais des opérés de notre région du sud-ouest qui après être restés six semaines ou deux mois à Paris, où ils avaient subi sept ou huit tatouages partiels espacés par le temps nécessaire au repos de l'organe entre chaque séance, en sont revenus avec un résultat définitif parfois assez médiocre.

Eh bien! avec le procédé que je vais vous indiquer et qui est d'une simplicité enfantine, j'obtiens en une seule séance et sans avoir besoin de savoir dessiner même un simple rond, une pupille noire absolument circulaire, à contour tout à fait net et précis et d'un diamètre mathématiquement égal à celui que je me suis proposé de dessiner. Je vous étonnerais peut-être si je vous disais qu'il ne m'est même pas possible de faire une pupille irrégulière et d'une dimension autre que celle que je me suis proposé de faire. En effet, mon procédé est entièrement mécanique et n'a absolument rien à

voir avec l'habileté ou le talent de dessinateur de l'opérateur; je fais mon tatouage dans un *moule*.

Un jour, voyant un décorateur peindre sur un mur des dessins variés et rapidement exécutés au moyen d'une plaque métallique dans laquelle ces dessins étaient découpés, l'idée me vint que le même procédé pourrait être appliqué au tatouage de l'œil et, immédiatement, je fis fabriquer par mon

bijoutier habituel l'appareil que je fais passer devant vous et qui se compose d'un petit entonnoir tronconique très évasé muni d'une tige qui sert de manche et de trois petites pointes aiguës placées autour de sa petite circonférence et servant à fixer d'une façon invariable l'instrument exactement à la place que l'on a choisie pour y peindre la pupille.

Lorsque l'instrument, auquel j'ai donné le nom de *guide-aiguille à tatouer*, est bien en place, tenu par le manche avec la main gauche et les paupières étant, au préalable, écartées par un blépharostat quelconque, on introduit dans l'entonnoir une gouttelette d'encre de Chine stérilisée à l'autoclave et immédiatement on pique rapidement la cornée avec l'aiguille à tatouer qu'on tient obliquement par rapport à la surface de la cornée et qu'on promène à plusieurs reprises tout autour de l'entonnoir en la faisant glisser contre la paroi. Si on se sert d'un porte-aiguille à quatre pointes, dont deux un peu plus longues que les deux autres, de façon à pouvoir les enfoncer toutes les quatre à la même profondeur tout en tenant le porte-aiguille assez obliquement, il suffira de quelques secondes pour faire quatre ou cinq fois le tour de l'entonnoir et tatouer ensuite le milieu. L'essentiel c'est de faire tout d'abord, et du premier coup, un contour bien net et bien continu; le milieu sera toujours facile à compléter par le procédé ordinaire si, après avoir enlevé le guide-

aiguille on s'apercevait que le centre de la pupille n'est pas suffisamment noir.

Toute l'opération peut être faite en moins d'une minute et absolument sans douleur grâce à l'emploi de la cocaïne. S'il existait des vaisseaux sanguins sur l'emplacement du tatouage, on pourrait avec avantage, pour prévenir l'hémorragie qui atténue toujours considérablement la teinte du tatouage, instiller quelques gouttes d'adrénaline à 1/1,000e en même temps que la cocaïne.

Si, par extraordinaire, on n'avait pas, du premier coup, dessiné un contour de pupille assez parfait rien ne serait plus facile que de remettre le guide-aiguille en place et de faire encore dans la même séance quelques piqûres de plus. L'instrument se prête aussi merveilleusement, et j'ai pu, plusieurs fois, m'en servir dans ce but, à la rectification des anciens tatouages irréguliers ou partiellement disparus.

J'ai fait construire l'instrument de trois grandeurs : le plus petit qui a 4 millimètres de diamètre et le second qui en a 5, servent pour la pupille, le troisième, qui en a 11, sert à faire le contour extérieur de l'iris lorsqu'on a affaire à un œil ou à un moignon entièrement ou presque entièrement blanc. Dans ce dernier cas, ou emploiera pour figurer l'iris de bonnes couleurs à base métallique non vénéneuses ou irritantes et stérilisées à l'autoclave, qu'on choisira parmi les bonnes marques servant à la peinture à l'aquarelle. On pourra indifféremment faire la pupille avant ou après l'iris car il sera toujours facile de repérer exactement le grand ou le petit guide-aiguille.

Si le moignon sur lequel on opère est notablement plus petit que l'œil du côté opposé, on s'exposerait en faisant une pupille et un iris de dimensions normales à ne pas laisser suffisamment de sclérotique apparente; l'œil aurait alors l'air trop enfoncé et manquerait d'expression. On remédie à cet inconvénient en faisant la pupille et l'iris un peu plus petits que nature et en prescrivant des lunettes dont le verre placé du côté tatoué sera un verre convexe de 6 ou 7 dioptries

formant loupe légèrement grossissante pour les personnes placées devant l'œil tatoué.

Enfin, comme dernier détail, je vous dirai qu'ayant fait construire le guide-aiguille pour mon usage personnel, je me suis servi des modèles exécutés sous mes yeux par le bijoutier dont je vous ai parlé au commencement de cette communication et que, par conséquent, l'instrument n'est pas encore dans le commerce [1].

Dr. H. ARMAIGNAC.

EXAMEN ANATOMIQUE

D'UN

ULCÈRE DE LA CORNÉE AVEC HYPOPYON [2]

PAR

Le Dr H. VILLARD (de Montpellier)

L'ulcère est formé par la disparition de l'épithélium antérieur, de la membrane de Bowman, et d'une certaine épaisseur du tissu de la cornée. La zone de progression de cet ulcère est constituée par des lames cornéennes amincies et dilacérées, entre lesquelles il existe un très grand nombre de petits éléments cellulaires nés sur place par prolifération des cellules fixes de la cornée, et de très nombreux pneumocoques.

La membrane de Descemet est intacte.

La partie inférieure de la chambre antérieure est remplie

1. Son prix est insignifiant (2 fr. 50 l'exemplaire en argent fin) et si quelques-uns de mes confrères désiraient se le procurer avant qu'il soit construit par les fabricants d'instruments de chirurgie, je me ferais un plaisir de le leur procurer, ne voulant pas profiter de l'occasion pour faire à l'ouvrier qui a exécuté mon premier modèle une réclame qui, dans le cas actuel, n'aurait toutefois pour lui qu'une bien minime importance.

2. Résumé d'une communication à la *Société française d'Ophtalmologie*, (Congrès de 1903).

par un nombre excessivement considérable de leucocytes polynucléés situés dans les mailles plus ou moins serrées d'un réseau de fibrine. Cet hypopyon contient aussi quelques cellules remplies de pigment d'origine irienne; il ne renferme pas de micro-organismes. Il provient de l'iris et non pas de la cornée ou de la zone qui avoisine le canal de Schlemm.

L'iris est infiltré de leucocytes polynucléés qui passent dans la chambre antérieure à travers des ruptures de son endothélium antérieur. Les cellules pigmentaires qu'il contient sont diminuées de nombre et altérées dans leur structure.

H. VILLARD.

CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

(4-7 mai 1903)

Analyse par le Dr A. BEAUVOIS

(Suite et fin)

Paralysies oculaires et hémiplégie diphtéritique, par M. TEILLAIS (Nantes). — Deux enfants, le frère et la sœur, atteints de diphtérie ont présenté les complications suivantes : chez le garçon, hémorragie cérébrale, paralysie du moteur oculaire commun, de l'accommodation et du voile du palais; chez la petite fille, paralysies moins intenses. Guérison dans les deux cas. Un autre enfant atteint de lésions semblables est mort dans la suite.

M. GALEZOWSKI. — Il est rare de rencontrer aujourd'hui dans la clientèle quotidienne des accidents oculaires diphtéritiques surtout à leur période d'évolution. Ces accidents existent cependant et les paralysies de la troisième paire se rencontrent parfois. Un de leurs signes distinctifs, c'est la dissémination et la localisation du mal. C'est ce caractère qui, à mon avis, est capital. J'ai eu à soigner un enfant de 7 ans pour une mydriase de l'œil gauche et paralysie incomplète de la troisième paire, consécutive

à une diphtérie. Cet état a persisté pendant deux ans malgré une amélioration notable due à un traitement approprié.

M. MORAX. — Dans ces cas d'intoxication diphtéritique on a décrit des lésions cellulaires, puis des névrites périphériques. Je crois que le neurone entier est atteint.

Des stigmates dentaires de la syphilis héréditaire, par M. DARIER (Paris). — L'auteur signale un stigmate dentaire spécifique consistant en une altération du sommet de la dent (arrêt de développement de l'émail) siégeant sur la première grosse molaire.

Kératite interstitielle et tuberculose, par M. DESVAUX (Angers). — M. Desvaux présente deux cas de kératite interstitielle d'origine tuberculeuse ; deux garçons de 10 à 12 ans atteints d'arthrite fongueuse du genou. Dans un cas les phénomènes furent très violents et la guérison complète grâce à un traitement général énergique : huile de foie de morue, teinture d'iode, atropine et adrénaline.

Cautérisation étoilée de la cornée, par M. PÉCHIN (Paris). — La cautérisation ignée est le traitement de choix dans le staphylome total ou partiel. Elle est préférable à la kératectomie et à l'énucléation.

Si elle dépasse le but, la section des muscles droits et le tatouage constitueront une ressource suffisante.

Elle est indiquée sur des yeux glaucomateux, staphylomateux et douloureux.

M. GALEZOWSKI. — Les cautérisations ignées avec un galvanocautère, peuvent être avantageusement employées dans le staphylome conique de la cornée.

Le procédé que j'ai employé jusqu'à présent avec un réel avantage est très simple. Il consiste à appliquer des petites pointes de feu au pourtour du rebord cornéen au nombre de huit à dix, très superficielles, et ne dépassant pas la moitié de l'épaisseur cornéenne. A la suite de la cicatrisation, la rétraction de la cornée toute entière se produit, et le staphylome diminue au bout de quelques semaines d'un tiers ou même totalement.

Névrite rétrobulbaire, par M. JOCQS (Paris). — Il existe, outre les névrites toxiques, une névrite rétrobulbaire mal connue, sans douleur spontanée ni provoquée. Elle se produit en dehors de toute affection générale.

L'auteur en apporte deux cas accompagnés de paralysie musculaire.

M. Sulzer. — Toute lésion voisine du nerf optique peut donner l'atrophie de ce nerf. J'ai vu cette lésion produite par une cellulite consécutive à un traumatisme de l'orbite.

M. Morax pense qu'il faut rejeter l'origine *a frigore* de ces névrites.

M. Jocqs est aussi de cet avis et pense que l'interprétation *a frigore* est souvent inexacte.

M. Parent a vu une atrophie du nerf optique, suite d'intoxication alimentaire par des coquillages, avec hémorragies intestinales.

Névrite optique consécutive à l'intoxication au urmine, terminaison par atrophie des nerfs optiques, par M. Chevalier (Le Mans). — Un ouvrier peintre en bâtiments exerçant sa profession depuis quinze ans présenta, à la suite d'accidents généraux saturnins graves, des troubles oculaires. L'examen révéla une névrite optique, puis l'atrophie du nerf se produisit.

Cette forme de névrite se différencie des névrites consécutives à l'amblyopie nicotino-alcoolique, c'est une névrite rétrobulbaire idiopathique avec envahissement de tout le nerf.

Rétinite pigmentaire congénitale familiale (examen anatomique), par M. Aubineau (Brest). — Ce mémoire, qui sera publié *in extenso*, contient des recherches anatomo-pathologiques intéressantes. Les lésions portaient à la fois sur la choroïde et la rétine et siégeaient non pas à l'extrême périphérie, mais dans une zone située en arrière de l'équateur. L'auteur fait jouer un rôle à la consanguinité et rappelle une observation semblable présentée par lui en 1901 à la *Société de Neurologie de Paris*.

M. Galezowski, remercie l'auteur de ses recherches anatomo-pathologiques très utiles. La question de la consanguinité mérite un examen approfondi. Les lésions dans cette affection sont de différentes sortes : il y a des dépôts pigmentaires, mais il y a aussi des altérations rétiniennes disséminées vers l'ora serrata sans infiltration pigmentaire. Il faut, en effet, que la rétine et ses vaisseaux soient malades, altérés, pour que le pigment choroïdien sous-jacent s'infiltre dans cette membrane. Il y a là vers l'ora serrata, toute une région périphérique où la rétine ne se nourrit pas et se désagrège en subissant une dégénérescence graisseuse.

Cette désorganisation est la conséquence d'une syphilis héréditaire de trois ou quatre générations successives.

M. Galezowski cite le cas de deux malades père et fils à antécédents nettement spécifiques, atteints tous deux d'hémeralopie congénitale avec à peine quelques traces de pigments, et désorganisation de la région de l'*ora serrata*.

Sur quelques manifestations oculaires au cours de la rougeole, par M. MORAX (Paris). — Sera publié *in extenso*.

M. PARENT demande quelle est la méthode de traitement qu'il a employé dans ces cas. D'après sa propre expérience, la méthode la plus rationnelle et la plus efficace des intoxications grippales ce serait l'essence de térébenthine.

M. MORAX pense que l'intoxication provoquée par le bacille de l'influenza est relativement bénigne, et il suffit d'avoir recours au collyre de sulfate de zinc à la dose de 1 pour 40, pour que la guérison ait lieu promptement et radicalement.

Nature et traitement de la tumeur lacrymale, par M. A. TERSON (Paris). — M. Terson communique un cas, d'une femme atteinte d'une poche prélacrymale avec voies lacrymales intactes. La ponction donna issue à du pus, l'extirpation de la poche ne fut faite que plus tard, et la guérison fut complète. L'examen histologique montra que la paroi kystique avait la même structure que celle du sac lacrymal.

L'incision des cataractes secondaires (*présentation d'instruments*), par M. ROCHON-DUVIGNEAUD (Paris). — Sera publié *in extenso*.

M. GALEZOWSKI. — Les ciseaux que vient de recommander notre confrère exigent une large incision de la cornée. Je pratique pour ma part une *sphinctéro-capsulotomie*. La plupart des insuccès qui se produisent après une opération de cataracte secondaire viennent d'adhérences trop épaisses et trop larges entre l'iris et la cataracte secondaire. Les tiraillements amènent des déchirures, des hémorragies et des pertes de corps vitré. Il faut éviter ces tiraillements et voici ma méthode. Je pénètre dans la chambre antérieure par la partie supérieure avec mon aiguille kystitiome-couteau construite sur mes indications par Collin.

Je pousse l'aiguille jusque le tiers inférieur de l'iris que je sectionne de bas en haut, en prolongeant l'incision à travers le bord pupillaire dans la capsule.

Les suites de cette opération sont des plus simples et la guérison est obtenue sans aucune inflammation. La pupille reste suffisamment large pour rétablir la vision.

Sur quelques modifications dans les opérations de ptosis. par M. DE LAPERSONNE (Paris). — Ce mémoire, qui ne nous est pas parvenu, sera analysé ultérieurement.

M. GALEZOWSKI. — Le procédé de de Lapersonne me semble très pratique et doit être très avantageux dans ses résultats, si l'on n'en-

visage pas la difficulté opératoire, mais seulement le résultat définitif. Mais je me demande si dans le choix de la méthode opératoire, on ne doit pas donner la préférence à celle qui, plus facile à exécuter, n'attaque pas la conjonctive et ne laisse pas de plis, ni de cicatrices visibles sur la peau des paupières. La méthode que j'ai décrite dans mon *Traité des maladies des yeux* me paraît remplir ces conditions. Elle consiste à enlever un lambeau de 5 à 6 millimètres de largeur de la peau du muscle orbiculaire jusqu'au tarse. Ce premier temps d'opération se fait facilement et sans perte de temps à l'aide d'une pince spéciale de ptosis construite sur mes conditions par M. Collin.

J'enlève quelques millimètres du tarse selon le besoin et j'applique de suite 5 à 6 points de suture. Réunion par première intention après application de taffetas aseptique de Petit.

Technique de l'amputation du segment antérieur de l'œil et de l'éviscération, par M. Fromaget (Bordeaux). — Parmi les complications de la résection de l'hémisphère antérieur de l'œil, l'auteur examine l'accident grave de la rupture des sutures que suit l'atrophie rapide de l'œil.

Il est donc indispensable de prévoir cet accident et d'empêcher que l'œil ne se vide. L'auteur présente pour cela une technique spéciale. Après l'amputation il renforce le plan antérieur par la suture entrecroisée des muscles de l'œil, et il obtient ainsi une suture plus forte capable d'arrêter les accidents énoncés ci-dessus.

M. Galezowski. — Il y aurait certainement lieu de profiter des perfectionnements apportés par notre confrère si l'on pouvait accepter cette idée de l'amputation de la moitié d'un œil amaurotique. Pour ma part, je considère l'éviscération comme une méthode dangereuse qui entraîne, quelque soin que l'on prenne, des accidents sympathiques et aboutit à une autre opération. Le fait suivant en est un exemple. M. S..., 67 ans, de Nantes, reçoit à l'âge de 55 ans un éclat de fer dans son œil droit. Après plusieurs opérations on ampute le segment antérieur et on adopte quelques

mois plus tard un œil de verre qu'il portait sans aucun inconvénient. Mais le 16 mars dernier à la suite d'une grippe, il s'aperçoit que la vision baisse dans l'œil gauche. Mon examen me démontra qu'il s'agissait d'une irido-choroïdite sympathique, le moignon à droite était douloureux. L'énucléation pratiquée par mon fils Jean Galezowski et M. Favre, mon assistant, fit cesser tous les accidents.

M. TERSON. — Je pense que l'opération du staphylome qui donne de bons résultats ne doit pas être compliquée.

Pour l'exentération, je fais le curage de la coque et l'hémostase avec des tampons imbibés d'antipyrine.

Examen anatomique d'un ulcère de la cornée avec hypopion, par M. VILLARD (Montpellier). — Voir page 467 de ce numéro.

Présentation d'instruments : optomètre Scheiner et disque chromoptométrique, par MM. FROMAGET et LE MÉHAUTÉ (Bordeaux).

Dr A. BEAUVOIS.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Madrid, 23-30 avril 1903)

SECTION D'OPHTALMOLOGIE

Analyse par le Dr A. BEAUVOIS

(Suite et fin)

Quatrième session.

Président : Dr LAGRANGE (Bordeaux).

Classification dermatologique des blépharites ciliaires, par A. TERSON (Paris). — L'auteur établit d'abord la nécessité d'une classification dermatologique des blépharites ciliaires et il en étudie les deux formes : *suppurée* et *non suppurée* au point de vue bactériologique rappelant les travaux récents de Winselmann et de Sabouraud.

Il ne s'agit d'ailleurs dans ce travail que d'une simple note préliminaire, notre confrère annonçant une étude sur cette intéressante question.

Irido-choroïdite et panophtalmie avec névrite optique dans une méningite gonococcique cérébro-spinale, par GALEZOWSKI (Paris). — Cet important travail a été publié ici *in extenso* (voir n[os] de Juin et Juillet). Citons-en seulement aujourd'hui les conclusions :

1° Les irido-choroïdites et les iritis avec hypopyon peuvent survenir sous l'influence d'un rhumatisme gonococcique;

2° On peut observer des névrites optiques consécutives à une méningo-encéphalite gonococcique invétérée;

3° Ces accidents peuvent se compliquer de kératite, d'oblitération pupillaire et de panophtalmie qu'un traitement général énergique et des révulsifs périorbitaires peuvent seuls combattre.

Sur l'adrénaline en ophtalmologie, par M. ARROYO DE MARQUEZ (Madrid). — Nous avons déjà, en 1902, analysé un travail semblable du même auteur. Ses expériences, plus nombreuses aujourd'hui, ne font que confirmer ses premières observations : effets ischémiques en solution de 1 ou 5 p. 1,000, utilité considérable en chirurgie oculaire, dans les affections des parties antérieures de l'œil, et dans un but esthétique; inutile ou même nuisible dans les affections profondes de l'œil.

REINA (Madrid) félicite la doctoresse Arroyo de Marquez et dit que l'adrénaline en ophtalmologie peut être comparée au zéro en arithmétique; elle s'ajoute aux autres médicaments et augmente leur action; anesthésique avec la cocaïne, mydriatique avec l'atropine, myotique avec l'ésérine et la pilocarpine. Le D[r] Reina a surtout obtenu de bons résultats de son emploi dans l'épisclérite.

MENACHO félicite le rapporteur et note les deux indications principales de la pilocarpine : dans les inflammations chroniques de la conjonctive et dans l'épisclérite.

GRADAILLE (la Corogne) a observé des phénomènes cérébraux d'ischémie à la suite d'instillation de pilocarpine et d'adrénaline.

GARCIA MANSILLA (Madrid). — L'adrénaline facilite les injections dans les voies lacrymales; elle facilite les opérations sur l'iris, mais parce qu'elle est très active on doit être réservé dans son emploi.

BARRAGUER (Barcelone), SANZ BLANCO (Madrid), JOCQS (Paris) et ANTONELLI (Paris) considèrent tous l'adrénaline comme un médicament très précieux.

ARROYO remercie ceux qui lui ont fait l'honneur de discuter son rapport et qui ont noté quelques phénomènes spéciaux.

Pronostic du gliome de la rétine après l'opération, par JESSOP (Londres). — L'auteur base son travail sur quatre-vingt-

trois cas de gliome qu'il divise en intra et extra-oculaires. Le pronostic est favorable dans les cas de gliome intra-oculaire (quand la maladie n'a pas envahi le nerf ni la lame criblée) si l'extirpation a été complète. Tous les cas de gliome intra-oculaire dans lesquels le nerf n'a pas été extirpé suffisamment se sont terminés par la mort.

Trois cas extra-oculaires dans lesquels le nerf était envahi par la tumeur, mais où l'extirpation avait pu être faite au delà de la partie malade ont donné de bons résultats. Aussi est-il indiqué de sectionner le nerf le plus loin possible.

Un tableau très détaillé accompagne le travail.

Les formes graves de l'épithélioma de la conjonctive, par FAGE (Amiens). — L'épithélioma de la conjonctive est une tumeur relativement bénigne sans tendance à la généralisation. Il existe cependant des formes graves (observations de Parisotti, Caspar, Lagrange) qui peuvent envahir l'intérieur du globe oculaire. Dans d'autres cas la propagation se fait du côté des paupières et des tissus orbitaires. Le D[r] Fage apporte un cas de ce genre, qui récidiva malgré une ablation de la conjonctive et une énucléation.

TERSON (Paris) insiste sur l'utilité de l'examen des tumeurs au point de vue glycogène selon les travaux de Brault.

FAGE pense qu'en effet, c'est là un moyen d'apprécier la gravité du pronostic.

Le D[r] DOR (Lyon) vient ensuite au nom de la *Société française d'Ophtalmologie* demander que suivant l'avis de cette société, il soit nommé des rapporteurs pour étudier les ophtalmies et les causes de la cécité.

Après quelques observations des D[rs] Menacho et Lagrange, on décide que les sociétés d'ophtalmologie de tous les pays seront chargées de ce soin afin de présenter les travaux au prochain congrès international de médecine.

Action locale du chlorhydrate de codéine sur l'œil, par MARQUEZ (Madrid). — Analysé d'autre part *in* Revue des journaux (*Archives hispano-américaines d'Ophtalmologie*). En voici les conclusions sommaires :

Ses effets sont semblables à ceux de la dionine mais de moindre intensité : vaso-dilatation et chémosis, analgésie considérable. Ce médicament peut remplacer la dionine bien que moins actif. Il a l'avantage de coûter beaucoup moins cher.

GRADAILLE (la Corogne) demande si l'on peut stériliser le collyre préparé avec ce médicament.

MARQUEZ répond que la stérilisation est facile, que ce médicament est pratique et qu'il doit être considéré comme un succédané de la dionine.

Les grands lavages oculaires avec présentation d'appareils, par W. PORTILLO (Valence). — Sera analysé ultérieurement.

BLANCO (Valence) pense qu'il convient de simplifier ou de supprimer l'instrumentation. Il se sert d'un linge rude pour frotter les granulations.

Les opérations chez les hémophiles, par P. BLOCK (Ratibor). — Il s'agit d'un cas de glaucome chronique dans lequel l'iridectomie fut suivie d'une hémorragie grave qui retarda la cicatrisation. Finalement les résultats furent bons. Mais peu après le même malade dut être opéré de la même manière à l'autre œil. Il y eut une petite hémorragie, puis une autre secondaire. Les antécédents hémophiles de ce malade étaient évidents. L'auteur conclut en avertissant les confrères de se méfier quand une intervention sera décidée chez de tels malades.

Cinquième session.

Président : D^r JESSOP (Londres).

Action des médicaments sur la pupille, l'accommodation et la tension intra-oculaire, par M. MARQUEZ (Madrid). — L'auteur passe en revue les effets de l'atropine, de la duboisine, de la scopolamine, de l'homatropine (chlorhydrate et sulfate), de la cocaïne. Il conclut que les mydriatiques paralysent l'accommodation et augmentent la tension intra-oculaire ; les myotiques au contraire, diminuent la tension et produisent un spasme de l'accommodation. Ce sont là faits classiques connus de tous.

Etiologie et prophylaxie du trachome, par ZAPATERO (Madrid). — Le trachome se manifeste de préférence dans une zone isotherme de 16° à 24°, il survient de préférence dans la seconde enfance et dans l'adolescence. Il n'épargne aucune race, et préfère les constitutions débiles ; son action est favorisée par les irritations ou les infections conjonctivales et, en particulier, par la

misère et par l'ignorance. L'auteur classe ainsi les moyens prophylactiques :

1° *Scientifiques :* Instruction obligatoire dans les écoles sur cette maladie;

2° *Charitables :* Création de dispensaires, de consultations et de sanatoria, où les malades pourront se guérir;

3° *Administratifs et législatifs :* Désinfection des édifices publics, expulsion des écoles des malades suspects, certificat de guérison obligatoire pour la rentrée, visite sanitaire obligatoire chez les pauvres.

4° *Populaires :* Instruire le public par des conférences, des instructions, des brochures traitant de la contagion, de la nécessité d'un traitement médical rapide.

Santos Fernandez (La Havane). Le trachome attaque toutes les races, c'est aussi mon opinion. A Cuba, le trachome est rare chez les nègres et je n'ai jamais observé chez eux de formes graves de cette maladie. Une des causes principales du trachome est la saleté dans laquelle vit la classe pauvre.

Reina (Madrid). — Aux Philippines, j'ai seulement observé le trachome chez les Européens ; il est très rare chez les Indiens, ce que j'attribue à leurs soins de propreté.

Zapatero (Madrid). — Certainement les conditions climatériques influent sur la répartition du germe. Les fautes d'hygiène ne sont pas suffisantes pour le créer, puisque en Finlande on ne l'observe pas. Les Philippines jouissent d'une température tempérée.

Kyste congénital de l'orbite avec microphtalmie (angiome kystique), par Lagrange (Bordeaux). — Les kystes congénitaux de l'orbite accompagnés de microphtalmie sont ou bien des kystes colobomateux ou plus fréquemment des kystes dus à l'enclavement dans le tissu de l'orbite, d'une partie de la muqueuse des voies lacrymales. Dans le cas rapporté par l'auteur le kyste était caché, invisible derrière une collection liquide, limpide, fluctuante. La tumeur était congénitale, située d'avant en arrière, du côté droit, lieu d'élection des kystes de cette classe. Le malade était un enfant de six mois. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un hémangiome congénital avec transformation kystique.

Traitement de la kératite suppurée avec hypopyon par les injections sous-conjonctivales de bleu de méthyle, par G. Mansilla (Madrid). — Sur cinquante cas traités, l'auteur a eu quarante-deux bons résultats. L'injection de bleu de méthyle apaise les douleurs et facilite la résorption du pus.

Elles sont absolument bien supportées, comparées aux injections de sublimé. On peut y associer la paracentèse de la chambre antérieure dans certains cas, dans d'autres les instillations de bleu de méthyle et d'atropine ou d'ésérine suivant les cas.

SANZ BLANCO (Madrid) a obtenu de meilleurs résultats en alternant les injections sous-conjonctivales de bleu de méthyle et de chlorure de sodium.

CASTRESANA (Madrid). — Il serait utile pour apprécier ce traitement de faire l'examen microscopique du pus de la chambre antérieure. Certaines kératites avec hypopyon sont graves, les autres bénignes. Il a employé avec succès le bleu de méthyle non seulement en injections, mais aussi en instillations.

SANTOS FERNANDEZ (La Havane) a employé divers médicaments en injections sous-conjonctivales. Il a eu des succès et des insuccès. Il pense que l'infection des ulcères cornéens est souvent produite par les mains du malade plus fréquemment que par les voies lacrymales.

REINA (Madrid) insiste sur l'importance des soins à donner aux voies lacrymales dans les cas d'ulcères de la cornée.

GRADAILLE (La Corogne). — Le bleu de méthyle a l'inconvénient de colorer les tissus et son action d'ailleurs n'est pas toujours efficace.

CARALT (Barcelone) a guéri avec ce traitement un cas d'ulcère infectieux chez un individu atteint de cirrhose atrophiée.

LAGRANGE (Bordeaux) recommande de soigner les voies lacrymales ; au bleu de méthyle il préfère le thermocautère.

SANCHEZ AGUILERA (Grenade). — Le thermocautère est préférable. Il rappelle les cas de guérison par le collargol.

MENACHO (Barcelone) pense que le bleu de méthyle n'est pas supérieur aux autres médications, et qu'il a contre lui la coloration qu'il donne aux tissus.

ANTONELLI (Paris) recommande la paracentèse.

BARRAQUEZ (Barcelone) vante les bons effets de la galvano-cautérisation et de kératotomie de Sœmisch.

Abaissement de la cataracte, considération et instruments, par ALBERTOTTI (Modène). — Pour faciliter cette opération dans les cas où elle est encore indiquée, le Dr Albertotti présente un instrument qui a la forme d'une cuiller fenêtrée, hélicoïforme. On l'introduit par un orifice pratiqué dans la cornée avec une aiguille à discission et on fait basculer le cristallin.

MENACHO a pratiqué l'abaissement dans un cas avec succès. L'instrument d'Albertotti lui semble excellent.

Greffes adipeuses, par BARRAGUEZ (Barcelone). — L'auteur a obtenu de bons résultats de la greffe adipeuse dans les énucléations. Il a ainsi un moignon mobile, permettant une bonne prothèse avec des mouvements réguliers et pas de dépression palpébrale. Il pratique la même greffe dans les exentérations.

Traitement du trichiasis et de l'entropion total ou partiel par l'électrolyse sur le cartilage tarse, par BURCH (Gironne) et SOLANICH (GIRONNE). — Le principe de ce traitement est le suivant : l'entropion étant causé par une rétraction cicatricielle due à la maladie, par l'électrolyse on obtient une rétraction semblable sur la face antérieure du cartilage tarse, et on redresse ainsi la paupière.

L'auteur donne le *modus faciendi* et tous les détails techniques nécessaires et rapporte cinq cas où le traitement a donné de bons résultats.

Il se sert d'une batterie galvanique munie d'un rhéostat et miliampèremètre et d'une aiguille de quelques centimètres de long. Injection préalable de cocaïne. La durée et l'intensité du courant dépendent de l'âge du malade et de l'ancienneté de la lésion.

Ce traitement est indiqué dans tous les cas d'entropion de la paupière inférieure, il peut servir à faire reculer une intervention sanglante, mais celle-ci peut parfois être nécessaire.

Epithélioma épibulbaire plan. Enucléation. Epithelioma étendu de la face. Guérison, par CARALT (Barcelone). — Etude anatomo-pathologique et histologique d'une tumeur oculaire intéressante.

Modifications au keratoscope du D[r] Placido, par BLANCO (Valence). — Le keratoscope du D[r] Placido sert à préciser d'une façon rapide et sûre les méridiens de plus grande ou de moindre courbure d'un œil, son emploi est précieux lorsqu'on veut déterminer dans quel méridien il est le plus avantageux de pratiquer une pupille optique. Cet instrument peu employé en France, est utilisé par nos confrères étrangers. La modification du D[r] Blanco, il l'avoue lui-même, n'a pas grand'chose d'original.

Modifications au procédé de Hasner pour la restauration de l'angle palpébral externe, par BLANCO (Valence). — Sera analysé ultérieurement.

Emploi du jéquirity en ophtalmologie, par BARO (Madrid). — L'auteur s'étonne de l'abandon du jéquirity qu'il attribue à deux

causes, à son emploi dans tous les cas et dans toutes les formes de granulation et à son mode d'application. Son emploi est indiqué dans les granulations sèches, gélatineuses et entremêlées de cicatrices et lorsqu'un pannus épais recouvre la cornée. A cause de l'instabilité de l'abrine, de l'inconstance du jéquiritol, l'auteur emploie une insufflation de poudre de jéquirity.

VIDAUR (Saint-Sébastien). — C'est en effet dans les formes secrétantes que l'emploi du jequirity a été nuisible.

MENACHO (Barcelone) rappelle ses travaux antérieurs sur cette importante question, et renvoie à son article publié en 1902 dans les *Archives hispano-américaines*.

Traitement des affections des voies lacrymales, par N. MAS (Madrid). — Comparant les rétrécissements du canal lacrymo-nasal avec ceux de l'urèthre, l'auteur montre l'indication du cathétérisme. Ce mode de traitement enfin est adopté pour toutes les nécessités sociales. Les malades peuvent apprendre à se sonder et avancer ainsi leur guérison sans abandonner leur travail.

Variétés de la vision binoculaire stéréoscopique, par PRESAS (Barcelone). — Étude intéressante des différents stéréoscopes. L'auteur donne la préférence à l'appareil de *Holmes* qui sert à mesurer très exactement l'amplitude de la convergence et les relations de l'accommodation et la convergence. L'auteur insiste sur les avantages qu'on peut retirer de l'usage de cet instrument dans le traitement du strabisme et dans la vision binoculaire imparfaite (Cf. travaux de Javal).

La suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, par SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — Les idées de l'auteur à ce sujet ont été publiées un peu partout. Cette communication ne présente aucune modification au procédé de l'auteur.

Présentation d'instruments, par SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — Collection de sondes augmentant de calibre par dixièmes de millimètres, seringue pour injecter l'adrénaline dans les voies lacrymales.

Contribution à l'étude des infections orbito-oculaires d'origine dentaire, par GRADAILLE (La Corogne). — Les lésions dentaires, caries, périostites alvéolaires peuvent être des causes d'infection et de troubles orbito-oculaires.

Au point de vue pathogénique, il peut y avoir propagation de la

contagion par contiguïté ou bien par action toxique grâce aux voies lymphatiques ou sanguines. Il faut rechercher et traiter l'affection causale.

Cathétérisme permanent des voies lacrymales, par CORPAS (Grenade). — Afin d'éviter les blessures et la douleur du cathétérisme répété, l'auteur a adopté le procédé suivant : Incision du point lacrymal supérieur, introduction d'une sonde creuse n° 3, dont on retire le mandrin, on introduit ensuite un fil de soie imprégné de dextrine qui ressort en bas par la narine ; on noue à cette extrémité un cordonnet de soie plus gros et on tire de bas en haut. Le cordonnet est ensuite attaché à l'oreille par ses deux extrémités nasale et lacrymale. On peut charger cette soie de différentes substances antiseptiques qui désinfectent les voies lacrymales.

Présentation de ciseaux pour la cautoplastie, par HIRO (Barcelone).

Un vœu est adopté pour l'unification des échelles optométriques.

Une commission composée des Drs MENACHO, REINA et MARQUEZ est nommée pour l'étude des causes de la cécité en Espagne.

Dr A. BEAUVOIS.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME-UNI

(11 juin 1903)

MAJOR-HERBERT. **Création d'une fistule sous-conjonctivale pour traitement du glaucome chronique,** *en constituant un prolapsus de l'iris sous-conjonctival ou en enfouissant un pli de conjonctive.* — L'auteur rapporte cent trente cas, et dans dix-huit cas seulement il dut adjoindre l'iridectomie. L'opération est indiquée quand l'iridectomie a échoué ou pourrait échouer (glaucome ancien), quand le malade ne peut être revu. Le danger pour l'autre œil est faible et l'enclavement peut toujours être détruit en sectionnant l'iris à sa base. Pour l'inclusion conjonctivale il faut, par une suture spéciale, éviter une cicatrisation trop rapide.

W. Dodd. **Mélano-sarcome de la paupière supérieure, primitif, *chez une femme de* 83 *ans.*** — L'auteur fit l'éxentération de l'orbite en ne conservant que la paupière inférieure; la tumeur limitée avait irrité l'œil par frottement mais sans pénétration, et sans adhérence. La peau, l'orbiculaire et le tarse étaient intacts.

B. Harman. **Innervation de l'orbiculaire.** — L'auteur recherche dans la série animale l'origine des muscles de la face chez l'homme. Les muscles frontaux et orbiculaires quoique innervés par le facial, sont originairement des muscles oculaires, du groupe oculo-facial (motricité et protection de l'œil) et innervés par les noyaux oculo-moteurs.

(3 juillet)

L. Buchanan. **Kératite.** — L'auteur montre à l'aide de projections que la prolifération des cellules fixes de la cornée prend une part plus importante que l'exsudation provenant des vaisseaux du limbe. Les nouvelles cellules suivent les courants lymphatiques.

Dean. **Papillome primaire de la cornée.** — La tumeur, apparue depuis quatre ans chez un homme de 53 ans, avait l'aspect d'un pois aplati et blanchâtre, située dans le quart inféro-interne et adhérente à la cornée. L'excision fut complète et curative.

S. Snell. **Trois cas de névrome plexiforme de la tempe, de l'orbite, de la paupière et du globe.** — Le troisième cas était accompagné de buphtalmie : Treacher Collins trouva dans cet œil un épaississement du tissu fibreux des nerfs de l'orbite et du globe, en particulier de ceux de la cornée et du tractus uvéal; signalons aussi l'adhérence congénitale de l'iris à la cornée, et l'absence de ligament pectiné qui expliquent l'hypertension.

L. Werner. **Choroïdite serpigineuse centrale.** — L'auteur n'indique ni anomalie de réfraction, ni état général spécial. La choroïdite, atrophique, progressa rapidement enveloppant des espaces sains, puis réunissant les points atrophiés.

A. Morton. **Cornée conique.** — La malade présentée, portait au centre de chaque cornée un néphélion très léger; V = 6/9 O.D. avec + 2, et 6/6 O.G. avec + 2. En 1880, cette malade avait subi une excision elliptique du sommet du cône de l'œil gauche, et en 1881, de l'œil droit. La vision avant l'opération était 65/60.

HARTRIDGE. **Exophthalmos pulsatile (traumatique).** — Une jeune fille de 10 ans, présente un œil gauche proéminent, avec V = 6/6 et paralysie complète de la 6e paire. Fond d'œil normal mais hypérémié et veines tortueuses. Un coup de fourche avec pénétration en dedans et en bas de l'œil gauche a déterminé ces accidents : un bruit vasculaire intense est entendu dans tout le côté gauche de la tête.

P. BAHEN. **Oblitération de vaisseau rétinien avec formation de vaisseaux nouveaux.** — La veine temporale supérieure (rétinienne), était oblitérée dans la plus grande partie de son trajet. Au-dessus et au-dessous de cette zone, de nombreux petits vaisseaux, pour la plupart anastomosés apparurent.

S. STEPHENSON. **Papillome de la conjonctive oculaire.** — Un plâtrier, dont les yeux étaient fréquemment atteints par des corps étrangers, présente de l'angle interne au bord inféro-interne de la cornée une petite masse rouge. D'autres papillomes sont disséminés dans la paupière inférieure, plus ou moins pédiculés.

Dessins présentés par E. THOMSON **et** A. BALLANTYNE. —
1° Veines choroïdo-vaginales chez un myope et un hypermétrope.
2° Anomalies congénitales de la papille (colobome pigmenté); tissu choroïdien, sur les papilles de deux frères; excavation en cratère chez un myope.
3° Pigmentation congénitale de la cornée.

Dr A. BOUCHART.

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

Par le Dr E. SENDRAL

(Juillet 1903)

Sur un cas d'atrophie papillaire brusque consécutive à des hémorragies utérines, par M. A. CHEVALLEREAU. — Depuis Hippocrate les troubles oculaires consécutifs aux hémorragies sont signalés; cependant les observations en sont plutôt rares, surtout pour les troubles survenant après des hémorragies utérines, principalement l'atrophie papillaire. Notre distingué confrère signale un cas où l'atrophie a débuté brusquement chez une

femme de 38 ans atteinte de pertes abondantes depuis trois ans; c'est à la suite d'une hémorragie de ce genre que la vue a disparu des deux côtés. A l'ophtalmoscope, les papilles vingt-quatre heures après le début des accidents, étaient blanchies à bords un peu frangés, les vaisseaux ayant leur calibre normal; quelques hémorragies rétiniennes péri-papillaires. Quelque temps après on ne trouvait qu'une atrophie blanche complète avec vaisseaux rétiniens légèrement rétrécis.

L'auteur a relevé les cas semblables au sien c'est-à-dire ceux où il existait en même temps hémorragie utérine et atrophie papillaire et il a trouvé vingt-huit observations avec la sienne.

Comme *phénomènes généraux*, on relève dans ces observations, des maux de tête avec épuisement profond, des syncopes, des vertiges; parfois de l'otalgie; une fois la mort subite. Tantôt l'amblyopie est brusque, parfois progressive et complète en vingt et un jours. En général les lésions portent sur les deux yeux.

L'examen histologique a pu être fait trois fois (Hirschberg, Ziegler, Ræhlmann) et a permis à Terson de tirer les conclusions suivantes : « Seule l'ischémie du territoire des vaisseaux centraux rétino-optiques paraît donner des altérations trophiques rapides de l'élément nerveux; les autopsies ont démontré que c'est de la rétine et de la papille que partait l'atrophie; on doit rejeter les hypothèses des hémorragies des gaines et d'afflux séreux intra-vaginal qui ne cadrent pas avec l'observation clinique, soit de la bilatéralité presque constante de la lésion, soit de l'apparition tardive des accidents. Il se produit dans le système terminal de la rétine un rétrécissement ischémique pouvant se borner au spasme (Zégler) mais se compliquant peut-être d'endartérite; cette endartérite peut laisser les vaisseaux altérés, mais ils sont perméables (Hirschberg) ou redevenus perméables, même dans le cas où l'atrophie optique est restée complète. L'œdème rétinien, dû à la stase veineuse, doit contribuer à la lésion des fibres du nerf optique et de la couche des fibres nerveuses de la rétine. »

Le *pronostic* de l'affection est d'ordinaire fatal ; cependant dans certain cas l'acuité est revenue plus ou moins entièrement.

Comme traitement l'auteur conseille dès le début des accidents le nitrite d'amyle qui amène de la dilatation des vaisseaux, tout en faisant remarquer que ce médicament peut ramener l'hémorragie, cause du mal.

En dehors des inhalations, si on a la chance d'être appelé dès le début des accidents, il est indiqué de pratiquer une abondante injection de sérum artificiel qui remonte la pression artérielle, tout en faisant un lavage du sang.

Nature et traitement de la tumeur prélacrymale, par le le Dr A. TERSON. — Travail intéressant où sont formulées les conclusions suivantes :

1° Il existe des poches prélacrymales, avec intégrité complète des voies lacrymales ;

2° Histologiquement, ces appendices présacculaires peuvent avoir la même structure que le sac lacrymal ;

3° Cette structure identique prouve leur origine et démontre qu'une partie du sac peut s'isoler et se transformer en vésicule close, indépendante du sac ;

4° L'incision simple n'empêche pas la récidive. L'ablation partielle, avec curettage et cautérisation ignée, en évitant scrupuleusement de pénétrer dans les voies lacrymales, lorsqu'elles sont intactes,est le procédé de choix quoique l'incision et la cautérisation au nitrate d'argent puissent donner des succès. L'extirpation totale sera réservée aux mucocèles avec oblitération des voies d'excrétion.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Pathognomonie du visage, par WIESNER. — Cet article très complet considère dans sa dernière partie les muscles palpébraux et oculaires (intérieurs et extérieurs). Notons le regard triste des cardiaques, sec des neurasthéniques, etc... le ptosis par épaississement palpébral, par parésie du releveur, suite de : lésions voisines de l'aqueduc de Sylvius, lésions bacillaires, bulbaires, ou tabes ; le rétrécissement de la fente palpébrale, par parésie du muscle de Muller, dans les lésions du sympathique cervical, etc. Mentionnons particulièrement le diagnostic de la mort, de la perte de connaissance et du sommeil par l'aspect de l'œil. Dans le sommeil l'œil est tourné en haut et en dedans, les pupilles sont très rétrécies et se dilatent au réveil. Dans la mort, l'œil est en position moyenne, la pupille dilatée, le reflet cornéen diminué, et la tension oculaire aussi. Dans la perte de connaissance, l'aspect varie suivant la cause : hémorragie cérébrale, intoxication alcoolique, opiacée, hémorragie du pont de Varole, méningite, éclampsie... (*Wiener med. Runds.*, 13.)

Traitement moderne de la myopie, par CARL KUNN. — Après les erreurs du début, antérieures à Donders, et les études de Arlt sur le staphylome postérieur, les conséquences thérapeu-

tiques furent : la cure d'atropine et le port de verres corrigeant incomplètement. En 1895, Schnabel combat les idées de Arlt : la myopie acquise ne tient pas à un allongement de l'axe de l'œil, mais à un changement dans le rapport de la réfraction totale à cette longueur; jamais elle ne devient très élevée ; la myopie élevée est due à une disposition spéciale congénitale du pôle postérieur. Actuellement on doit pratiquer le plus tôt possible un examen exact, faire porter une correction complète. Si l'enfant est déjà âgé, débuter par un verre aussi rapproché de la correction complète, qu'il puisse tolérer et y arriver par degrés. (*Id.*, 18.)

Recouvrement épithélial des chambres antérieure et postérieure cause de glaucome après l'extraction de la cataracte, par ELSCHNIG (*Id.*, 3). — Le sujet était resté 5 semaines en traitement, la plaie s'étant rouverte ; quatre semaines plus tard, glaucome aigu, qui reste douloureux ; énucléation. On trouva une extension de l'épithélium interne de la cornée sur l'iris et le corps ciliaire et un peu le corps vitré (la cristalloïde postérieure étant entr'ouverte) sous forme de cellules plates ou cubiques, et sur une ou plusieurs couches suivant les endroits. Les voies de sécrétion étant ainsi totalement obstruées la tension a rapidement augmenté. L'auteur admet la possibilité de la pénétration de l'épithélium cornéen antérieur, par la plaie demeurée cystoïde, et avec enclavement irien. (*Id.*, 3.)

Affections oculaires dans le diabète sucré, par MOMOJI KAKO. — Ce gros travail clinique et statistique est fait avec les données du professeur Uhthoff (cas privés et clinique de l'Université de Breslau). L'accident le plus fréquent est la cataracte, ensuite les lésions rétiniennes ; 23 p. 100 ; les névrites 6 p. 100 ; les troubles musculaires 4 p. 100 ; les troubles d'accommodation et de réfraction, 2 p. 100 ; les thromboses veineuses rétiniennes 2... L'auteur passe en revue avec détail la bibliographie de chaque question et ajoute quelques observations. L'extraction de la cataracte n'est pas plus dangereuse chez le diabétique que chez le vieillard ordinaire. L'histologie pathologique de la cataracte diabétique est longuement exposée et discutée. (*Id.*, 3, 4.)

Dacryops et fistule de la glande lacrymale, par NEDDEN. — L'auteur apporte deux nouveaux cas. Les causes les plus fréquentes du dacryops peuvent être ramenées à 2 types : 1° rétraction cicatricielle à l'extrémité d'un conduit excréteur de la glande ; 2° inflammation de la muqueuse du canal elle-même. Nedden rapporte également deux cas de fistule lacrymale, et il

remarque que, de même ceux de Bonmann, Grœfe et Alt, ils sont consécutifs à une opération (dans les cas actuels, canthotomie externe), il peut y avoir en effet section d'un canalicule, ou même d'un lobule : Merket et Kallius ayant admis que la glande lacrymale atteint l'angle externe. Le seul traitement toujours efficace est l'excision totale de la glande. (*Id.*, 4.)

Ténotomie plastique graduelle, par NERHOEFF. — Pour une déviation moyenne (moins de 20°) l'auteur propose un mode d'incision dans le tendon trop court, qu'il ne sectionne pas en entier : c'est en somme un allongement de tendon tel qu'on le pratique pour certaines sutures tendineuses des membres. (*Id.*, 4.)

Contribution à la sidérose du globe de l'œil, par S. NEUBURGER. — Le malade présente un œil à iris bleu, et l'autre à iris brun jaunâtre ; la conjonctive et la capsule antérieure portent également des précipités brunâtres. Cet œil n'eut jamais d'accident par éclat de fer, la sidéroscopie et la radiographie ont toujours été négatives : on voit quelques légères pertes de substance de l'iris. (*Id.*, 4.)

Ophtalmie sympathique, malgré l'iodoforme intraoculaire. après une lésion par éclat de fer septique, par LAAS. — Le corps étranger est extrait par l'électro-aimant vingt-quatre heures après l'accident, néanmoins bientôt un abcès circulaire se forme ; la plaie est cautérisée. Laas introduit des bâtonnets d'iodoforme ; la suppuration se tarit peu à peu. L'autre œil devient irritable 20 jours après, et persiste dans cet état tandis que l'œil blessé redevient calme. Le malade revient au bout de deux mois, et on énuclée l'œil sympathisant ; quatre jours après irritation plus forte, et malgré tout traitement la vision tombe à 3/50, frictions mercurielles continuellement par périodes de quatre semaines et repos de quinze jours. (*Id.*, 4.)

Polyarthrite dans la blennorrhée du nouveau-né, par S. NEUBURGER. — Une petite fille de cinq jours est atteinte de conjonctivite à gonocoques, au septième jour les épaules et les poignets furent atteints, remarquer que la mère avait présenté des symptômes semblables au pied et au genou, deux jours avant l'accouchement ; l'infection organique de l'enfant était peut-être venue par voie placentaire. L'ophtalmie guérit très facilement, ce que l'auteur attribue à la coexistence de lésions organiques à gonocoques. (*Id.*, 4.)

Traitement du strabisme inférieur par l'avancement, par K. Fröhlich. — La paralysie du droit supérieur avait amené par contracture de l'antagoniste un strabisme supérieur (O. D.). La diplopie n'était alors justiciable que de l'avancement du muscle parésié. On sait que V. Chase a successivement préconisé la ténotomie de l'opposant sur l'autre œil, ou sur l'œil malade. Alfred Grœfe recommande surtout l'avancement. Le résultat fut excellent. L'auteur a déjà pratiqué une fois cette opération, il déconseille le bandeau binoculaire ou monoculaire; le traitement à ciel ouvert au contraire régularise l'intervention. L'avancement est préférable à la ténotomie, bien que la parésie persiste, parce que le raccourcissement augmente néanmoins la puissance du muscle. (*Id.*, 4.)

Un nouvel astigmomètre, par Mulder. — Les verres cylindriques sont montés sur une règle et en rapport avec une glissière dentée, par leur monture également dentée sur une partie : une roue molletée permet ainsi de mouvoir simultanément tous les verres, et de les faire ensuite défiler dans l'inclinaison voulue. (*Id.*. 3.)

Léopold Muller pratiqua pour un *décollement rétinien rebelle à l'occlusion*, la sudation et le repos, une excision sclérotique de 10 millimètres sur 20 dans la région antéro-externe, après résection temporale de Krönlein. La choroïde étant respectée, le décollement fut ponctionné et vidé. Les sutures préalablement placées furent alors nouées. C'est la sixième fois que l'auteur pratique cette intervention : l'acuité a beaucoup augmenté, la réfraction est passée de — 9 à + 4. (Société de médecine de Vienne, 24 avril.)

La douleur dans la photophobie, par Bjerrum. — Nagel lui donne comme cause la contraction de la pupille, et montre qu'elle disparaît par l'hématropine. Axenfeld se range à cette idée, « l'atropine calmant le blépharospasme dans les phlyctènes des enfants ». L'auteur oppose à ces observateurs : que des affections cornéennes très superficielles amènent à un haut degré, de la douleur, de la photophobie, beaucoup plus que de plus profondes; que l'éserine ne la produit jamais; qu'elle peut exister chez des sujets à iris immobile (par colobome artificiel); que ce phénomène est unilatéral et devrait être amené par le réflexe consensuel à la lumière. L'extraction des corps étrangers de la cornée démontre qu'il y a là un réflexe des voies optiques vers les voies sensitives de l'œil. La cocaïne agit beaucoup mieux

que l'atropine, et le blépharospasme, par une accomodation à l'obscurité, rend les voies optiques plus sensibles : la douleur de l'éblouissement est absolument physiologique. (*Centralbl. f. Augenh.*, 4.)

Recherches expérimentales sur la localisation de toxines endogènes, particulièrement de nature infectieuse, sur l'œil; et origine de l'iritis endogène, de la choroïdite, et de l'ophthalmie sympathique, par W. Stock. — L'article débute par une revue des travaux antérieurs sur la question : Deutschmann, Bond, Frisio, Schmidt, Rimples, Panas, Moll, Peters, Bellarmnioff-Selenkowski, Gasparini. Ensuite l'auteur rapporte ses recherches à l'aide de la toxine diphtérique, staphylococcique, ou de culture colibacillaire filtrée, puis avec des injections intraveineuses de l'acide pyocyanique β. Dans la première série il ne put jamais obtenir de phénomène d'inflammation dans le second œil (l'injection étant faite dans le vitré). Dans la seconde série, l'œil étant de plus mis en moindre résistance par l'injection d'huile de croton ou l'introduction d'un morceau de cuivre ou d'argent, l'auteur obtint des métastases très fréquentes de 25 à 100 p. 100, mais sans aucun rapport net entre l'irritation et l'iritis, ou la cyclite, ou la choroïdite observée. Les gaines du nerf optique sont infiltrées dans leur portion antérieure dans la moitié des cas : la rétine ne présente aucune embolie bactérienne : l'auteur a observé deux fois chez l'homme l'aspect de stase papillaire après des iritis graves. Chez le lapin c'est également le processus uvéal qui réagit à l'endoinfection. Dans une troisième série de recherches, l'auteur avec des injections de cultures tuberculeuses dans la veine de l'oreille du lapin, obtint toujours dans les deux yeux des lésions de l'iris et de la choroïde, avec une infection générale, profonde. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 2.)

Décollement opératoire de la choroïde et remarques sur la chirurgie du glaucome, par Axenfeld. — Le décollement choroïdien guérit souvent par le bandeau compressif, et précisément la méthode de Fuchs-Germak, du traitement à découvert des plaies, a rendu cet accident plus fréquent. L'hypotonie considérable qui en résulte est à rechercher dans le glaucome : ici on agit en créant une filtration suprachoroïdienne par l'iridectomie, la sclérotomie, ou l'incision de l'angle iridien. Deux fois Fuchs-Germack a vu le recollement de la choroïde amener une rechute de glaucome. Comme conclusion il recommande le traitement à ciel ouvert des opérés de glaucome. (*Id.*)

Extirpation du sac, préventive d'infection des lésions professionnelles de l'œil. par AXENFELD. — Le drainage lacrymal régulier et constant est un fait très utile mais la communication de la conjonctive avec un foyer septique, avec rétention, est plus dangereuse qu'utile. Le traitement conservateur par sonde et injection demande beaucoup de temps au malade et au médecin, et souvent ne saurait aboutir (lésion ancienne, osseuse, etc...). L'auteur pratique l'extirpation totale, sous-périostée, et ajoute parfois le curettage du canal nasal avec des curettes fines. L'usage de deux écarteurs spéciaux placés en long et en large aide considérablement à l'opération. Il faut remarquer la rareté des infections cornéennes chez les sujets ayant subi cette opération. (*Id.*)

Pathologie du cristallin, par STŒWER. — Luxation congénitale : deux cas; lenticone postérieur : un cas; enfoncement temporaire de l'iris et du cristallin : un cas; le blessé avait reçu un choc sur l'œil, la tension était très diminuée, le vitré opaque. La vision resta abolie avec occlusion pupillaire. L'œil devenu douloureux fut énucléé ; la zonule était conservée ; l'auteur admet un trouble circulatoire et sécrétoire, les autres lésions étant réactionnelles et consécutives.

Infection du vitré par un champignon de moisissure, par KAMPHERSTEIM. — Une enfant de 13 ans fut piquée par une mouche à la paupière inférieure gauche; deux jours après : inflammation; quatrième jour : trouble visuel; deux mois après on constate : chambre antérieure nulle, iris atrophique; exsudat pupillaire léger en couronne; cataracte. Énucléation. On trouva un décollement chorio-rétinien, enveloppant un petit abcès de 4 millimètres, qui contenait des filaments mycéliens. L'auteur admet une piqûre méconnue de la sclérotique, il s'agissait de pénicillium ou d'aspergillus fumigatus. (*Id.*)

Diagnostic différentiel du cysticerque intraoculaire, par SÜSSKIND. — On pensa d'abord à une tuberculose choroïdienne, et on pratiqua des injections salées sous-conjonctivales à 4 p. 100, avec iode à l'intérieur : le vitré s'éclaircit et on put faire l'extraction de la vésicule, le diagnostic étant certifié par les mouvements du cysticerque : la vision resta défectueuse avec un scotome central absolu. (*Id.*)

Paralysies oculo-motrices traumatiques, par KEMPNER. — Un cultivateur atteint de plaie contuse de l'angle interne de l'œil et de la racine du nez, présenta ensuite une paralysie du droit

supérieur et du grand oblique, avec ptosis; l'image fausse homonyme est située plus haut, et son extrémité supérieure penche en dedans, l'écartement en hauteur augmente dans le regard en dehors. (*Id.*)

La conjonctivite à bacille de la grippe, par NEDDEN. — Cette affection n'a pas de caractères bien tranchés, cependant elle atteint plutôt les culs-de-sac et la conjonctive palpébrale, que le bulbe ou la cornée; elle s'accompagne de sécrétion abondante et prend rarement le type blennorrhéique. Le danger de complications pulmonaires et surtout otiques est d'autant plus grand qu'elle s'attaque toujours à des enfants. Le nitrate d'argent à 2 p. 100 est préférable à toutes les autres préparations argentiques modernes. Suit une étude bactériologique complète. (*Id.*, 3.)

Lésions du fond de l'œil dans l'actinomycose miliaire, par LÉOPOLD MULLER. — On voyait à côté de la papille une tache blanc jaunâtre, de 1/4 de diamètre papillaire, et légèrement en saillie sous un vaisseau rétinien. Cette tache grandit lentement, d'autres semblables apparurent sur le même œil et aussi sur l'autre; l'affection générale étant une tuberculose miliaire, le même diagnostic fut fait pour l'œil. Après l'autopsie on constata au microscope : aucune lésion choroïdienne, les nodules étaient dans la rétine; pas de bacilles, mais des grosses cellules à noyaux difficilement colorables, sur lesquelles l'auteur base le diagnostic d'actinomycose. Froenkel et Asenfeld ont décrit des foyers rétiniens à pneumocoques. (*Id.*, 3.)

Affection oculaire dans la « fièvre des foins », par KOSTER. — Il faut traiter ensemble l'œil, le nez et la gorge par le nitrate d'argent, 1/100 pour les deux derniers, et 0,2/100 pour la conjonctive; l'efficacité du menthol en inhalation, pour laquelle l'auteur imagine un petit appareil de poche, est particulièrement remarquable. L'étiologie de l'affection serait une irritation du nerf olfactif, avec trouble réflexe oculaire et bronchique : toutes les poussières peuvent produire ce phénomène. Il se peut que l'irritation porte simultanément sur l'œil et les voies respiratoires. Il ne paraît pas y avoir d'altération des larmes. (*Zeitsch. f. Augenh.*, 4.)

Symptômes oculaires des maladies du Pont de Varole et du bulbe, par HIRSCH. — L'auteur examine d'après tous les cas connus les symptômes généraux, puis les symptômes oculaires : lésion optique, paralysie musculaire, déviation oculaire; pour la moelle allongée le seul symptôme nettement attribuable à ses

affections est la mydriase : la parésie du droit externe et la stase papillaire ne constituant pas un fait propre à la lésion bulbaire. Bach et Meyer ont déjà décrit un centre d'inhibition réflexe de la pupille dans le bulbe. (*Id.*, 4.)

Staphylome ciliaire traumatique, aphakie, perte partielle de l'iris et conservation d'une bonne vision, par E. FABIAN. — Le malade avait reçu un coup de poing. On fit un traitement tout expectatif. Après un an et demi V = 1/4 avec + 6 d. La cornée normale n'entraînait aucun astigmatisme. Jusqu'ici (près de deux ans) il n'y a aucune augmentation de tension; de Wecker distingue à ce sujet les dangers de glaucome après les staphylomes ciliaire et intercalaire : de plus le traumatisme a pratiqué ici une sorte d'iridectomie; le vitré ne présente aucun débris. La rupture choroïdienne survenue près du corps ciliaire n'atteint pas la nutrition de la partie centrale de la rétine. (*Id.*, 4.)

Pathologie de l'endothélium cornéen, par A. GUEFLIN. — L'auteur reprend les méthodes expérimentales de Leber, Nuel et Cornil, etc., avec la fluorescine, selon Hippet et Bihler : par lésion mécanique de l'endothélium; lésion chimique (sublimé ou eau distillée); corps étranger dans la chambre antérieure ou dans le vitré. De toutes ses recherches combinées à l'observation de malades à kératite parenchymateuse, glaucome secondaire, iritis, il conclut que l'intégrité de l'endothélium est aussi importante pour la cornée que celle de l'épithélium antérieur : le lapin ne peut servir de lieu d'étude parce que normalement il présente de nombreuses places où la fluorescine reste colorante; cependant par l'injection sous-cutanée et non l'instillation, la méthode conserve sa valeur. Les troubles de la cornée dans la kératite parenchymateuse, le glaucome secondaire, etc., dépendent de lésions de l'endothélium : dès que celui-ci est réparé, les opacites entrent en régression. La liqueur de Fowler est un excellent moyen de guérison. (*Id.*, 4, 5.)

Arrachement du nerf optique, par SALZMANN. — L'auteur rapporte sept cas déjà publiés et celui qu'il a observé dans le service du professeur Fuchs : il s'agit d'un coup de revolver dans la tempe; à la place de la papille on voit un trou rond, profond, comme le montre l'ombre portée de ses bords; la rétine est arrachée sur une grande surface autour de la papille. L'auteur admet que la lame criblée presque entière a suivi le nerf optique dans son recul; la rétine rompue à distance, ainsi que ses vaisseaux, reforma vers le quatorzième jour des anastomoses vasculaires avec

la choroïde; la terminaison se fait par rétraction des bords et oblitération fibreuse. Au point de vue du mécanisme il faut distinguer les cas où le corps étranger attire le nerf en arrière, brusquement; la gaine externe plus élastique persiste seule. Dans le second groupe le coup est transversal, et non longitudinal, sans que la lésion soit dans le trajet même du projectile. Ici on peut admettre que la déflagration des gaz a repoussé brusquement le globe en avant; mais dans ce cas la rupture (d'après Axenfeld) se produit en arrière près du canal optique; c'est plutôt la sclérotique qui ici fut ébranlée et déchirée, le nerf optique restant immobile. (*Zeits. f. Augenh.*, 5.)

Embolie de l'artère centrale avec conservation de la branche maculaire, par NEDDEN. — Les symptômes sont selon la description classique : trouble rétinien péri-papillaire, artères filiformes, zone maculaire très nette à nombreux vaisseaux; de plus une zone triangulaire, au-dessous de la papille et contre elle avait conservé ses caractères normaux, ainsi qu'un vaisseau maculaire. Le champ visuel, dans la troisième semaine, donnait une très petite zone de vision centrale mais faussement projetée. Traitement : ventouses temporales. Il n'y a pas lieu d'admettre une artère cilio-rétinienne. A part la zone conservée, le reste de la rétine subit bientôt la dégénérescence graisseuse. (*Id.*, 5.)

Affections oculaires scorbutiques, par G. WEILL. — Ces lésions peu connues et généralement sous forme d'hémorragies palpébrales ou conjonctivales ont été recherchées par l'auteur dans une épidémie de prison à Strasbourg. Un cas de cécité monolatérale par névrite optique l'invita à faire l'examen minutieux de tous les scorbutiques. Sur trente-six malades cinq présentèrent quelques lésions intéressantes du fond de l'œil : trois névrites optiques, deux rétinites maculaires, ceci accompagné parfois d'hémorragies rétiniennes. Les hémorragies conjonctivales ou palpébrales sont au contraire rares. Les lésions oculaires ne sont pas en rapport avec la gravité de l'affection et ne ressemblent pas aux lésions paludéennes, contrairement à l'opinion qui rapproche le scorbut de la malaria. (*Id.*, 5.)

Un nouvel ophtalmoscope pour étudiants, par E. KNOPF. — Il s'agit de deux montures de lunettes, une pour le malade et l'autre pour l'observateur, portant, l'une la lentille convexe, l'autre le miroir; le professeur met le tout en position, et se substitue ensuite l'élève. L'idée et l'instrument paraissent plus compliqués qu'un enseignement rationnel et progressif, ordinaire. (*Id.*, 5.)

Dr A. BOUCHART.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Complications oculaires des oreillons, par le Dr Henri Le Roux. — L'auteur après avoir passé rapidement en revue l'étude des complications oculaires des oreillons cite une observation d'amblyopie toxique (marche graduellement ascendante, puis décroissante, bilatéralité, absence de lésions du fond de l'œil, scotome central pour les couleurs) suivie de guérison.

L'étude des oreillons oculaires est très importante et nous en avons fait paraître une étude d'ensemble dans le *Recueil* (numéros de février et d'avril 1902). Depuis notre mémoire, nous avons eu l'occasion d'analyser dans le *Recueil* d'avril 1903, un excellent travail de notre distingué confrère A. Collomb sur l'iritis ourlienne qui n'avait été citée avant lui que par Péchin. (*Année médicale de Caen*, mai 1903.) E. SENDRAL.

Contribution à l'étude des manifestations oculaires syphilitiques à la troisième génération, par STRZEMINSKI. — Observation extrêmement curieuse d'un enfant de 12 ans atteint de kératite interstitielle, de chorio-rétinite et de lésions ulcéreuses de la cloison nasale présentant tous les caractères de la syphilis. Or, le père de cet enfant était porteur de stigmates non douteux d'hérédo-syphilis; et il était parfaitement prouvé que le grand-père avait présenté des accidents syphilitiques acquis antérieurement à son mariage. Jamais le moindre symptôme chez la mère du petit malade, qui eut quatre grossesses normales, dont la première terminée par la naissance du sujet en question. Les trois autres enfants sont en parfaite santé, sans la moindre tare, ni le plus léger signe d'hérédité spécifique. Le malade observé a été nourri par sa mère, et l'on ne peut retrouver chez lui aucune trace de contamination depuis sa naissance. (*Von Græfe's Archiv für Ophtalmologie*, vol. 53, f. 2, p. 360.) — Dr A. YVERT.

Contributions cliniques et anatomiques à la pathologie du cerveau, par le prof. S. E. HENSCHEN (de Stockholm). — Dès 1892, notre savant confrère d'Upsala, après avoir soumis à un examen critique l'ensemble des faits anatomo-cliniques susceptibles de nous éclairer sur la topographie de la zone visuelle corticale, était arrivé à conclure que les limites de cette zone ne dépassaient pas les lèvres de la scissure calcarine. Grâce aux faits nouveaux, au nombre de seize, recueillis depuis par Henschen et consignés dans son mémoire, cette conclusion se trouve désor-

mais assise sur une base inébranlable. Ces faits ne nous renseignent pas seulement sur les limites exactes de la zone visuelle corticale, ils nous apportent aussi la preuve de l'existence de connexions régulières entre les différentes portions de la rétine et les différents territoires du cortex chargés de percevoir les impressions visuelles : les fibres qui partent d'une même portion de la rétine vont toujours aboutir au même territoire de la zone visuelle corticale; autrement dit, la rétine se projette sur cette zone suivant un ordre invariable, ainsi qu'il ressort des conclusions suivantes dégagées par Henschen de l'ensemble de ses observations.

La lèvre supérieure de la scissure calcarine perçoit les impressions lumineuses qui viennent du quadrant dorsal (moitié supérieure) *de la rétine.*

La lèvre inférieure de la scissure calcarine perçoit les impressions lumineuses qui viennent du quadrant ventral (moitié inférieure) *de la rétine.*

Voici qu'une des observations publiées par Henschen démontre, de la façon la plus nette, que l'*écorce du fond de la scissure calcarine est le lieu d'aboutissement des fibres qui partent du méridien horizontal de la rétine :* une lésion limitée à l'écorce du fond de la scissure calcarine s'étant traduite, du vivant du sujet, par un scotome de la ligne horizontale médiane. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 5 mai 1903.) — Dr A. Yvert.

Sels d'atropine. Leurs indications en thérapeutique oculaire. Moyens d'éviter les inconvénients parfois sérieux de l'atropine. Rapport de M. Chauvel sur un mémoire de M. le Dr Darier. — L'atropine, la cocaïne, l'homatropine et euphtalmine présentant, au dire de M. Darier, chacun en son genre, des inconvénients plus ou moins sérieux, notre distingué confrère pense avoir trouvé dans l'emploi du *bromhydrate de méthylatropine* un agent médicamenteux aussi rapproché que possible de la perfection à atteindre.

En effet, avec le collyre combiné suivant :

Bromhydrate de méthylatropine.	0 gr. 05
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 10
Eau distillée	10 gr.

M. Darier a obtenu une solution dont une goutte produit une dilatation pupillaire maximale en trente-cinq à cinquante minutes avec une parésie de l'accommodation, inappréciable chez les myopes et les emmétropes, un peu gênante, mais de courte durée, chez les hypermétropes et les presbytes.

De plus, en thérapeutique oculaire, ce nouveau produit serait tout particulièrement indiqué : 1° pour établir un diagnostic d'iritis au début quand il y a crainte de glaucome; 2° pour la détermination précise de la réfraction statique; 3° pour faciliter l'examen ophtalmoscopique quand la dilatation de la pupille est indispensable. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 5 mai 1903.) Dr A. YVERT.

La cure radicale des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal, par le Dr E. ROLLET. — En cas de mucocèle, la peau glisse normalement sur la tumeur sous-jacente, la dissection est facile, et l'on peut enlever le sac en bloc. Les résultats sont très brillants et se maintiennent. Sur 12 opérés, M. Rollet compte 10 succès; dans deux cas seulement, il y a eu récidive, mais l'ablation complète du sac n'avait pas eu lieu. D'où, cette indication, de toujours en pareil cas, enlever le sac en totalité.

Quand la dacryocystite est phlegmoneuse, mieux vaut alors attendre une dizaine de jours, pour opérer « à tiède »; la dissection est laborieuse, en raison des adhérences périphériques.

Les fistules lacrymales chroniques sont une indication formelle.

A plus forte raison, la dacryocystite tuberculeuse.

La tumeur prélacrymale, caractérisée par un abcès pré et non intra-sacculaire, peut se compliquer de dacryocystite purulente, et nécessiter, en conséquence, l'extirpation du sac.

Sur 27 observations de ce genre, 24 fois résultat absolument favorable.

Le larmoiement, lui, disparaît assez brusquement avec la suppuration, ou bien il diminue peu à peu insensiblement; parfois, enfin, il persiste. Mais, même dans ces cas, les plus défavorables, il est seulement gênant, nullement douloureux, ni infectieux. Au total, il s'agirait là d'une opération de choix, sans inconvénient et avec tout avantage sous tous les rapports. (*Lyon médical*, 22 mars 1903.) Dr A. YVERT.

Un cas de ténonite rhumatismale, par M. JOLY, médecin major de 1re classe. — Observation très nette et fort intéressante d'inflammation, d'origine rhumatismale, du tissu trabéculaire interposé entre le globe de l'œil et la capsule de Tenon, parfaitement recueillie, dans les moindres détails, par notre excellent confrère, et dont il a su on ne peut mieux faire ressortir toutes les particularités.

A signaler, tout d'abord, les antécédents rhumatismaux et la coexistence d'une poussée rhumatismale sur d'autres articulations,

qui pèsent d'un grand poids dans la balance, quand il s'agit de poser le diagnostic.

La *dysthinésie*, dans ce cas spécial, a été des plus caractéristiques, en ce sens qu'elle s'est montrée tout à fait hors de proportion avec l'intensité réelle de la réaction inflammatoire du contenu de l'orbite. La douleur aiguë, provoquée par les mouvements du globe oculaire dans sa capsule faisait un contraste frappant avec la quiétude de tout l'appareil, et imprimait un cachet tout particulier à l'habitus du malade.

Il existait une immobilité complètement absolue du regard, résultant précisément de la douleur exquise produite par le moindre mouvement de l'organe de la vision, et bien en rapport avec la nature rhumatismale de l'affection.

Alors que, par contre, la pression directe, d'avant en arrière, du globe de l'œil, fait déjà signalé depuis bien longtemps par O. Ferral lui-même, n'occasionnait qu'une douleur sourde et relativement peu prononcée.

L'*exophtalmie*, due à l'épanchement de sérosité dans les trabécules du tissu rétro-bulbaire, qui est habituellement modérée, était, au contraire, dans l'observation de M. Joly, excessivement prononcée, survenue rapidement, avec maximum atteint au bout de vingt-quatre heures, et remarquable en ce sens : qu'au lieu d'être, comme toujours, contemporaine du chémosis, elle avait précédé ce dernier d'un jour environ, pour rétrograder au moment de son apparition.

Quant à ce *chémosis*, qui se développa lentement, avant de former un bourrelet péri-cornéen complet, il disparut également peu à peu.

Une dernière particularité à noter est que cette poussée, au lieu d'être, comme d'habitude, bilatérale, resta limitée au seul côté droit. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mai 1903.) — A. Yvert.

Traitement du goître exophtalmique par les opiacés, la cocaïne et le tabac, par Demets et Godts (d'Anvers). — Partant de cette considération que le goitre exophtalmique est dû à un état d'hyperthyroïdie, nos distingués confrères estiment que l'indication principale à remplir, dans le traitement de cette affection, consiste à restreindre le fonctionnement exagéré de la glande thyroïde. Aussi, ont-ils songé à utiliser les dérivés de l'opium et le tabac qui exercent une action paralysante sur la nutrition et sur la fonction thyroïdienne. Le meilleur résultat serait obtenu, pour MM. Demets et Godts, au moyen de 1 à 3 cigares et de 5 milligrammes à 3 centigrammes de cocaïne

dans les vingt-quatre heures : deux malades ainsi traitées, auraient été rapidement guéries et se portent actuellement parfaitement bien. (*Semaine médicale*, 11 mars 1903.) — A. YVERT.

Le salicylate de soude dans le traitement du goitre exophtalmique, par M. TERSON. — C'est par Chibret, le premier, que ce mode de traitement a été préconisé, avec quatre observations on ne peut plus favorables à cette manière de faire. Notre distingué confrère prescrivait le salicylate de soude à la dose de 5 grammes par jour, dilués dans une assez grande quantité de liquide. En cas d'intolérance, il ne dépassait pas 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

En 1902, Babinsky présentait, à la *Société de Neurologie de Paris*, trois observations non moins intéressantes; dont deux avec amélioration très sérieuse, et la troisième suivie de guérison complète : le traitement salicylé avait été administré à la dose de 3 à 4 grammes par jour, pendant plusieurs mois consécutifs, mais avec interruptions de temps à autre; dans le troisième cas, le salicylate de soude, à la dose de 3 grammes par jour fit disparaître le goitre en moins d'un mois.

M. Terson père vient de publier, dans les *Archives générales de Toulouse* un nouveau fait, aussi concluant et non moins significatif. Aussi, M. Terson conclut-il en disant : « Qu'il est tout à fait justifié d'expérimenter le salicylate avant de recourir aux divers modes d'intervention qui renferment toujours, en pareil cas, une part redoutable d'imprévus ». (*Bulletin médical*, 23 mars 1903.) — A. YVERT.

Les causes et la prophylaxie de la cécité, par le Dr HIRSCH. — D'une enquête portant sur six cents aveugles adultes et sur sept cents jeunes aveugles internés dans un asile spécial, notre confrère s'est cru en droit de tirer les conclusions suivantes :

La cécité était congénitale dans 35,1 p. 100 des cas. Indépendamment de la syphilis, on peut incriminer, comme cause de son développement, la consanguinité des procréateurs.

La cécité acquise était attribuable à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés dans 18 p. 100 des cas. Or, il serait facile de la supprimer en vulgarisant la pratique de Crédé ou les méthodes analogues (instillations de nitrate d'argent, de protargol, de permanganate de potasse).

Les cas de cécité acquise, survenue à la suite et comme complication d'une maladie de l'enfance, donnent une proportion beaucoup plus élevée : la scrofule, la rougeole, les atrophies du nerf optique, la variole paraissent jouer le principal rôle. Il n'est

pas jusqu'à la vaccination qui n'ait été incriminée sept fois. Dans un quart de ces cas, les maladies vénériennes étaient en cause. Dans seize, il s'agissait d'accident professionnel, et dans douze on avait affaire à une ophtalmie sympathique.

Au total, dans 42 p. 100 des cas en question, la cécité aurait pu être évitée. (*Hygienische Rundschau*, 1903, n° 2.) Dr A. YVERT.

Sarcome embryonnaire de la conjonctive chez un enfant de cinq ans. Récidive au bout de trois mois, par FROMAGET. — Présentation d'un jeune enfant, qui arrivait le 29 octobre 1902 à la policlinique de Bordeaux, porteur d'une tumeur de l'œil gauche développée très rapidement. Depuis un mois tuméfaction de la paupière supérieure, dont la grosseur augmentant peu à peu avait fini par dépasser le bord libre de la paupière. Cette tumeur, très facile à délimiter en luxant le tarse, avait la forme d'un polype trilobé, avec pédicule assez étroit, s'insérant exactement dans le cul-de-sac et ne présentant aucune adhérence avec les tissus de voisinage. La tumeur avait le volume d'une grosse noisette, de consistance assez ferme et fortement rosée, framboisée ; pas de ganglion au voisinage. Extirpation, diagnostic histologique de sarcome embryonnaire. Suites opératoires excellentes. Mais depuis le commencement du mois de janvier 1903, récidive, sous forme d'une nouvelle tumeur développée à la partie cutanée du cul-de-sac conjonctival. (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 30 janvier 1903.) — Dr A. YVERT.

Kystes pileux du sourcil, par le prof. BADAL. — Sur plus de cent kystes dermoïdes de la région sourcilière ou de la partie antérieure de l'orbite, que notre éminent confrère a eu l'occasion d'opérer, il n'a rencontré que trois fois des kystes pileux, deux fois des kystes mélycériques et une seule fois un kyste huileux avec de fins cristaux de cholestérine. Dans les deux premiers de ces kystes pileux, les poils étaient très fins, décolorés, lanugineux; ils étaient, au contraire, bien développés et formaient de véritables touffes dans l'observation qu'il rapporte et qui a servi de base à sa description. (*Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, mars 1903, n° 21.) — Dr A. YVERT.

La transformation fibreuse des angiomes de l'orbite, par le prof. BADAL. — Observation extrêmement intéressante d'une double tumeur de l'orbite gauche située : l'une, au niveau du tiers interne de la paupière supérieure, et l'autre, sur le tiers externe du sourcil correspondant. La première, non mobilisable, paraît adhérer à la face interne de l'orbite ; de consistance un peu

molle, elle n'est pas réductible et sa compression ne provoque pas une augmentation de l'exophtalmie. En l'explorant avec le doigt, on sent qu'elle plonge dans l'orbite. Ni battement, ni souffle; sensation de transparence profonde, mais sans fluctuation. Cette tumeur ne se vide pas par la pression, et n'augmente pas pendant les efforts et les cris. Le diagnostic reste hésitant entre un angiome kystique et un kyste dermoïde. La seconde, qui soulève la partie externe du sourcil, la région voisine du front et de la tempe, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, donne la sensation de mollesse spéciale aux lipômes, a une teinte noirâtre et se laisse un peu affaisser par la compression. On ne constate, non plus, ni battement, ni souffle à son niveau. On croit à une tumeur de même nature que la précédente. Or, les examens macroscopique et microscopique pratiqués après l'extirpation de ces deux tumeurs, démontrèrent qu'on avait, en somme, affaire à un angio-fibrome avec prédominance du tissu fibreux sur les ectasies sanguines et association de lymphangiectasies. Il s'agissait, en réalité, d'une sorte de ces transformations fibreuse et kystique des angiomes de l'orbite, si bien étudiées par M. le Dr Ernantène, dans sa thèse, *Des transformations anatomiques des angiomes de l'orbite et de leurs conséquences cliniques*, soutenue en 1903 devant la Faculté de médecine de Bordeaux. (*Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, avril 1903, n° 22.) — Dr A. Yvert.

NOUVELLES

Le 26 octobre prochain s'ouvrira, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le 1er Congrès national contre l'alcoolisme, sous la présidence d'honneur de M. Casimir-Périer.

La cotisation des membres du Congrès est fixée à 10 francs et à 5 francs pour les Instituteurs et les membres des Sociétés antialcooliques.

Pour les communications s'adresser à M. Riémain, docteur en droit, 18, *rue de la Cerisaie, Paris*.

Les adhésions et cotisations doivent être transmises à M. Ferrand, trésorier, 68, *rue Ampère, Paris*.

Le Gérant : Félix Alcan.

6271. - L.-Imprimeries réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — Motteroz, directeur.

DISPOSITION ANATOMIQUE DU CANAL NASAL

CHEZ LE NÈGRE

QUI EXPLIQUE SA MOINDRE PRÉDISPOSITION AUX AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES [1]

PAR

Le Dr J. SANTOS-FERNANDEZ (de La Havane)

Traduit par le Dr A. BEAUVOIS

La première fois que nous nous sommes occupé de l'amplitude du canal nasal chez le nègre, ce fut à la Société d'anthropologie de la Havane, en étudiant les maladies des yeux dans les différentes races qui habitent l'île de Cuba ; nos recherches ne furent pas anatomiques, mais cliniques [2] ; le nombre des maladies du canal lacrymal chez le nègre fut très petit comme on peut le voir dans le tableau suivant (tableau n° 1). Nous connaissions seulement sur ce sujet une affirmation du Dr Sous de Bordeaux qui, dans une de ses leçons d'ophtalmologie de l'an dernier, dit que le canal nasal du nègre est plus large que celui du blanc, mais sans apporter de preuves anatomiques.

Dans les diverses statistiques que nous avons publiées depuis sur les maladies des yeux, il résultait le même fait clinique observé auparavant et surtout dans celles qui accompagnaient le mémoire concernant les maladies des yeux chez les nègres et les mulâtres que nous avons présenté au XIIIe Congrès international de médecine tenu à Paris en août 1900.

1. Communication au *XIVe Congrès international de médecine*, Madrid, 1903.

2. Des maladies des yeux dans les diverses races qui habitent l'île de Cuba, *Société d'anthropologie de La Havane*, 1878. — *Clinique des maladies des yeux*, par le Dr J. Santos-Fernandez ; 1 vol., Paris, 1879.

TABLEAU I. — **Maladies des yeux suivant les races et les nationalités.**

RACE ET NATIONALITÉ.		AFFECTIONS.														
		Voies lacrymales.	Sclérotique.	Paupières.	Muscles.	Conjonctive.	Cornée.	Iris.	Cristallin.	Corps vitré.	Choroïde.	Rétine et nerf optique.	Réfraction.	Accommodation.	Globe oculaire	Orbite.
Race blanche.	Péninsulaires, 920.....	41	3	56	22	154	221	49	144	18	23	156	85	13	30	2
	Insulaires, 1980.....	49	9	166	97	398	522	55	263	30	61	168	251	45	57	3
	Canaries, 162.....	13	1	9	4	28	39	7	33	2	5	29	8	2	6	3
	Latins, 30.....	1	»	»	»	8	7	1	4	1	»	5	3	»	1	»
	Anglo-Saxons.....	»	»	»	1	2	2	»	1	»	»	3	3	2	»	»
	Latins.....	1	»	»	»	5	2	3	3	»	1	4	3	»	»	»
	Anglo-Saxons.....	»	»	»	»	2	3	»	2	»	2	»	2	»	»	»
Métis.	Mulâtres, 181.....	2	7	5	8	36	71	6	10	1	2	25	11	2	2	1
Race noire.	Nègres Criollos, 352.....	6	»	15	11	36	140	12	26	4	11	70	12	9	21	2
	Africains, 100.....	1	»	5	2	12	19	1	22	1	8	32	2	»	3	1
Race jaune.	Chinois, 52.....	»	»	3	»	12	23	1	2	»	1	5	1	»	5	»

Mais la preuve anatomique manquait, et nous pouvons la fournir aujourd'hui grâce à l'appui précieux que nous a prêté le jeune et intelligent professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de la Havane, le Dr José Antonio Presno y Bastiony à qui il nous plaît d'exprimer nos plus sincères remerciements pour son importante collaboration à ce travail.

Celle-ci n'est pas seulement intéressante par le travail technique nécessaire, mais par le fait d'avoir disséqué un nombre suffisant de cadavres de nègres africains dans un pays où depuis quelque temps déjà la traite n'existe plus et où les nègres africains ne sont pas nombreux à cause de la consanguinité. Si nous avions eu besoin de cadavres de nègres nés dans le pays ou de métis, le travail aurait été plus facile ; mais le Dr Presno ne s'arrêtait devant aucun obstacle afin que les faits sur lesquels nous basons notre travail fussent un témoignage très clair de notre thèse.

Mais avant d'entrer dans la description des exemples anatomiques qui démontrent pour toujours d'une façon indiscutable que le canal nasal du nègre est plus large et plus court que celui du blanc, nous donnerons quelques notions d'anthropologie sur le nègre et sur l'anatomie et la physiologie du canal lacrymal en général.

ANTHROPOLOGIE

On sait que la plupart des races sont le produit complexe des races primitives, et chaque jour par le mouvement vertigineux des hommes, par l'effet des communications faciles, cette complexité augmente. Nonobstant, quand même les types ethniques fondamentaux du crâne seraient de pures abstractions, on a admis les trois types déjà connus qui correspondent aux trois groupes humains les plus caractéristiques et les plus distincts qui sont : les blancs, les jaunes et les noirs.

On sait peu de chose sur l'appareil oculaire du nègre, au point de vue anthropologique ; les Annales de la science consignent que le savant professeur d'ophtalmologie de la

Faculté de Paris, récemment décédé, le Dr Panas, se borne[1] à dire : « La séparation des canaux nasaux en partant de l'inclinaison sur le plan médian varie selon les sujets et les races. Pouteau affirme que cette séparation est plus grande chez les individus à nez court et aplati. On a signalé comme prédisposés à l'étroitesse du canal les individus de la race jaune à cause de leur nez busqué. »

Après avoir consulté quelques ouvrages anthropologiques nous nous sommes adressé au professeur d'anthropologie à l'Université de la Havane afin de nous procurer quelques notes bibliographiques au sujet du canal nasal du nègre. Le Dr Montané, qui depuis un quart de siècle s'occupe d'anthropologie à Cuba et qui remplit avec tant de compétence la chaire en question, nous écrit : qu'après avoir parcouru soixante-dix-sept volumes relatifs aux sciences anthropologiques et le *Bulletin de la Société anthropologique* depuis sa fondation, il a seulement rencontré dans le tome 38 (1868), page 301, dans un mémoire de Prunier Bey sur les nègres, ce qui suit : « Le canal lacrymal des nègres est large et formé exclusivement par l'apophyse montante du maxillaire ».

Ainsi en négligeant les données relatives au canal nasal chez le nègre, celles qui se rapportaient au crâne, à la face et à l'indice nasal, mais plus particulièrement celles-ci, et celles que nous avons pu nous procurer sur l'influence qu'elles ont sur la brièveté et la largeur du conduit nasal, nous n'avons rien trouvé sur le point spécial qui fait l'objet de cette étude.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL LACRYMAL EN GÉNÉRAL

L'appareil lacrymal se compose de deux parties : l'une sécrétante formée par des glandes en grappe et leurs conduits, l'autre excrétante formée par les *canalicules lacrymaux*, le *sac lacrymal* et *le canal nasal*. La glande lacrymale, d'après Panas, ne se compose pas seulement de deux por-

1. *Traité des maladies des yeux*, 1891, tome II, page 113.

tions, comme le soutiennent les classiques, mais de trois : à savoir : l'une orbitaire, l'autre palpébrale et une troisième formée par les glandes sous-conjonctivales de Krauss qui occupent le cul-de-sac supérieur (Terson) et forment une série continue depuis la glande palpébrale jusqu'à l'épaisseur de la caroncule. La portion palpébrale ou *glande de Rosenmüller* affecte de nombreuses modalités anatomiques, ce qui explique les divergences des auteurs au sujet du nombre de ses lobules et de ses canaux excréteurs.

La glande de Rosenmüller est située dans la partie externe de la paupière supérieure entre la conjonctive et le tendon du muscle élévateur de la paupière, ce dont il importe de tenir compte, d'après Panas, pour en faire l'ablation.

Elle présente le volume d'une lentille et est située sous la muqueuse. La portion *orbitaire*, à laquelle Galien a donné le nom *de glande innominée*, occupe la dépression située à la partie antéro-externe de la paroi supérieure de la cavité orbitaire et est formée par l'apophyse externe du frontal. Elle est aplatie et ovale, sa face convexe correspond au périoste qui tapisse la voûte orbitaire, et qui parfois l'enveloppe en se dédoublant; sa face concave correspond au globe oculaire dont elle est séparée par une ligne aponévrotique de la capsule de Tenon. Son plus grand axe est parallèle au rebord orbitaire, intéressant la peau, le muscle orbiculaire et le ligament suspenseur.

Les conduits excréteurs au nombre de trois à cinq, aboutissent à la partie supéro-externe du cul-de-sac, leur longueur est de 20 millimètres et leur largeur de 10 à 12 millimètres.

L'artère lacrymale irrigue la glande orbitaire et une partie de la glande de Rosenmüller qui reçoit des rameaux de l'artère palpébrale supérieure.

De petites veines correspondantes vont se déverser dans la veine ophtalmique, et d'autres dans les « vasa vorticosa ». Les lymphatiques sont encore inconnus. Le nerf lacrymal naît de la branche ophtalmique de Willis. Les larmes sont neutres ou légèrement alcalines.

Les voies d'excrétion des larmes comprennent quatre parties : deux horizontales; le lac et les canalicules lacrymaux, une portion verticale appelée sac et une dernière, continuation de la précédente, qui est le canal nasal.

Le lac lacrymal est l'espace qui sépare les deux paupières au niveau de l'angle interne de l'œil. On voit les deux points lacrymaux plonger dans le lac lacrymal pour absorber les larmes. La caroncule lacrymale est située au milieu du lac.

Les points lacrymaux. — On appelle ainsi les orifices des conduits lacrymaux. A l'union de la portion ciliaire et de la portion lacrymale du bord libre des paupières, on rencontre une petite éminence beaucoup plus accentuée lorsque les paupières commencent à se resserrer. Cette éminence est le *tubercule lacrymal.* Il est un peu plus interne à la paupière supérieure, qu'à la paupière inférieure, de sorte que l'œil étant fermé les points lacrymaux ne se rencontrent pas.

Les points lacrymaux désignés sous les noms de supérieur et d'inférieur sont situés à la partie la plus saillante des tubercules lacrymaux. Ils occupent le bord postérieur du rebord palpébral de sorte que leur orifice est immédiatement appliqué à la conjonctive oculaire. On ne peut les voir en l'état physiologique sans écarter légèrement la paupière de sa situation.

Le point lacrymal est toujours béant et mesure un quart de millimètre de diamètre approximativement. L'inférieur est plus large que le supérieur, mais tous deux sont de même dilatables.

Conduits ou canalicules lacrymaux; ils occupent la partie la plus interne du bord libre des paupières qui en cet endroit est arrondie et dépourvue de follicules pileux, de même que de glandes.

Immédiatement après le dernier orifice meibomien, on aperçoit sur la paupière la petite éminence appelée par les uns *papille lacrymale,* qui est l'embouchure externe des canalicules.

La première portion des canalicules est verticale et a deux millimètres d'étendue ; elle se termine par une dila-

tation cupuliforme. A partir de là, elle se retrécit et forme une autre dilatation (Heinlein, Gerlach) dans la partie horizontale qui est la plus large, puis elle a de 5 à 7 millimètres pour s'unir à l'autre et déboucher dans le sac par sa partie antérieure. La portion commune est plus courte que les autres. Les parois des conduits se composent d'une muqueuse revêtue d'épithélium pavimenteux, d'un stratum conjonctif contenant des fibres élastiques, principalement au niveau des points lacrymaux. Quelques auteurs y ont décrit des glandes que d'autres ont niées.

Sac lacrymal. — Le sac lacrymal constitue une dilatation intermédiaire entre les conduits ou canalicules lacrymaux et le canal nasal. Cette poche fibreuse est située dans la gouttière lacrymale formée (Sappey) par l'os unguis en arrière et l'apophyse montante du maxillaire en avant, au-dessus du canal nasal dans lequel il s'ouvre par son extrémité la plus étroite.

Sa direction est oblique de haut en bas, de droite à gauche et d'avant en arrière. Son plus grand diamètre vertical mesure de 12 à 15 millimètres, l'antéro-postérieur de 5 à 6 millimètres et le transversal de 4 à 5 millimètres. Il est en rapport en dedans avec le canal lacrymal, en dehors avec la portion unique des conduits lacrymaux qui s'ouvrent à la hauteur de son tiers supérieur, et avec les fibres supérieures et inférieures de l'orbiculaire qui s'insèrent sur sa paroi, en avant avec le tendon direct de l'orbiculaire des paupières qui se divisent en deux parties (ce tendon qu'on voit parfois comme une ligne blanche à travers la peau est transversal). Au-dessus du tendon on voit le tiers supérieur du sac en rapport avec la peau et les fibres musculaires. Les deux tiers inférieurs sont le lieu d'élection de la ponction dans les cas de dacryocystite. La face postérieure du sac est arrondie et est en rapport avec le muscle de Horner sans y adhérer.

En outre, un léger prolongement de la capsule de Tenon qui s'insère sur la crête de l'unguis, sépare le sac du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, ce qui n'empêche pas parfois

la production d'un phlegmon orbitaire par un cathétérisme mal fait, et consécutivement l'atrophie du nerf optique.

Le sac lacrymal est formé par une tunique fibreuse et par une muqueuse. Celle-ci se continue avec celle des conduits lacrymaux et du canal nasal. La tunique fibreuse est formée de tissu conjonctif et de quelques fibres élastiques. La muqueuse est tapissée d'un épithélium cylindrique stratifié, avec cils vibratils, malgré l'opinion de quelques auteurs. On y trouve aussi des glandes. Les nombreuses artères qu'on observe proviennent de la paupière inférieure et d'un rameau interne de l'artère nasale. Les veines aboutissent dans la sus-orbitaire et l'angulaire. Elles reçoivent un rameau qui vient du canal nasal.

Canal lacrymo-nasal. — Ce conduit est la continuation du sac ; il s'étend de la partie antérieure de l'angle inféro-interne de l'orbite au méat du canal inférieur des fosses nasales. Sa direction est oblique de haut en bas, de droite à gauche et d'avant en arrière.

Il présente une légère courbure dont la convexité est externe. On voit mieux ce détail sur une préparation où le sinus maxillaire se trouve à découvert. Son axe prolongé en haut du front et en bas vers l'arcade dentaire supérieure passe à deux centimètres de la ligne médiane intersourcilière et au niveau de la séparation de la première et de la seconde molaire.

Le canal nasal est formé (Sappey) en dehors par un large canal situé sur la face interne du maxillaire inférieur, en dedans et en haut par la partie la plus inférieure de l'unguis, en dedans et en bas par l'apophyse unguéale du cornet inférieur. Sa direction est oblique de haut en bas, de dedans en dehors. Son plus grand diamètre est vertical et mesure 12 à 15 millimètres, l'antéropostérieur de 5 à 6 millimètres, et le transversal de 4 à 5.

Etant donnée l'obliquité du canal, l'orifice supérieur se rapproche du rebord orbitaire dont il est séparé par une crête osseuse qu'on peut sentir à travers la peau et qui sert de guide au bistouri quand il est nécessaire d'ouvrir le sac.

L'orifice inférieur est caché par le cornet inférieur des fosses nasales et situé à deux centimètres.

Une éminence osseuse le sépare du vestibule ou orifice nasal et constitue un guide pour le cathétérisme rétrograde du canal.

La séparation des canaux en partant de leur inclinaison sur le plan médian varie, affirme Panas, selon les individus et les races et c'est une de ces particularités que nous prétendons éclaircir au sujet des nègres. La longueur du canal nasal en règle générale oscille entre 10 et 15 millimètres.

Son calibre est de 3 millimètres en moyenne, il est de forme cylindrique avec un léger aplatissement transversal.

Son orifice supérieur est elliptique d'avant en arrière, et de droite à gauche; l'inférieur, constitué par un simple repli de la muqueuse, est élargi verticalement et d'autant plus étroit qu'on se rapproche des fosses nasales.

Selon Serres le canal gauche est plus étroit que le droit, et il trouve ainsi l'explication du plus grand nombre de dacryocystites du côté gauche.

En ce qui concerne la structure du canal gauche atteint de dacryocystite, nous avons prouvé le fait comme il est déduit de la statistique suivante. (Voir tableau II.)

Sur 37,290 malades atteints d'affections oculaires nous en avons eu 773 pour les voies lacrymales, dont 238 pour le canal nasal, 57 atteints des deux côtés, 88 à droite et 93 à gauche.

128 femmes et 110 hommes présentaient des rétrécissements du canal nasal.

Sur ces 773 malades des voies lacrymales nous avons noté en ce qui concerne la dacryocystite aiguë et chronique : 418 cas dont 350 chroniques et 68 aigus. 45 étaient atteints des deux côtés, 172 à droite et 201 à gauche.

Sur les 773 cas, il y avait 388 femmes et 385 hommes, et 192 femmes et 226 hommes présentaient de la dacryocystite.

On admet que chez les hypermétropes à narine fortement aplatie les canaux sont plus étroits; cependant nous qui vivons en un pays où l'hypermétropie prédomine, nous avons

TABLEAU II. — **Nombre total des malades de la clinique : 37,290, d'avril 1875 à décembre 1902. Total des maladies des voies lacrymales : 773.**

	RACES.											SEXE.		AGE.									
	BLANCS.						NÈGRES.																
	Cubains.	Espagnols.	Européens.	Canariens.	Américains du Nord.	Américains du Sud.	Africains.	Cubains.	Mulâtres.	Chinois.	Mexicains.	Femmes.	Hommes.	1 jour à 1 an.	1 an à 5 ans.	5 ans à 15 ans.	15 ans à 25 ans.	25 à 50.	50 à 80.	80 à 100.	Deux yeux.	Œil droit.	Œil gauche.
Déviation des points lacrymaux.....	7	6	»	1	»	»	»	»	»	»	»	13	1	»	»	»	1	1	9	3	10	2	2
Obstruction ou rétrécissement des points...	15	10	»	12	1	»	»	1	»	2	»	30	11	»	»	»	»	21	20	»	24	4	3
Rétrécissements des canalicules.....	14	4	1	»	»	»	»	»	»	»	»	10	9	»	»	»	3	11	5	»	10	4	5
Dacryocystites aiguës...	22	32		3	»	»	»	3	6	»	»	31	37	»	7	10	11	33	7	»	6	35	27
Dacryocystites chroniques.....	164	106	3	21	1	2	2	16	32	»	3	161	189	8	35	61	75	127	44	2	39	137	174
Fistules lacrymales.....	14	19	1	3	»	»	»	1	5	»	»	15	28	1	3	4	13	17	3	2	6	19	18
Maladies du canal nasal.	105	97	2	18	4	1	1	4	5	»	1	128	110	1	13	19	47	122	36	»	57	88	93

seulement rencontré trois hypermétropes sur 238 malades du canal nasal.

On en dit autant de la race sémitique dans laquelle le nez arqué est fréquent.

La muqueuse présente le même aspect que celle du sac; elle présente des plis disposés sans ordre. Les valvules sont niées et admises par différents auteurs; on peut en dire autant des glandes.

On a décrit dans le tissu sous-muqueux un riche plexus veineux qui explique les hémorragies qui suivent certains cathétérismes. Les lymphatiques communiquent avec ceux des fosses nasales.

Les nerfs viennent du rameau nasal en haut, du dentaire antérieur en bas.

EXEMPLES ANATOMIQUES

Anatomiquement considéré le sac lacrymal et le conduit nasal, ne forment en réalité qu'un seul conduit vecteur des larmes dans les fosses nasales.

Ce sont les dimensions de ce conduit lacrymo-nasal que nous allons étudier.

Toutes les mensurations ont été pratiquées sur le cadavre frais après ablation des parties molles de l'orbite et suppression par un trait de scie de la moitié externe du sinus maxillaire. De cette manière le conduit lacrymo-nasal étant découvert, nous avons noté successivement : la longueur et le calibre du conduit, sa direction dans le sens vertical et antéro-postérieur, la disposition de son orifice inférieur.

Comme matériaux d'études nous avons utilisé 24 sujets qui étaient destinés aux cours pratiques d'anatomie à notre Faculté de médecine; sur ces 24 sujets 15 appartenaient à la race blanche et 9 à la race nègre africaine.

Nous avons ainsi choisi les sujets, parce que notre but était de faire un examen comparatif des dimensions du conduit dans les races blanche et noire; c'est à cause de cela aussi que nous avons éliminé les cadavres de métis.

TABLEAU III.

SUJETS.	AGE.	PAYS D'ORIGINE.	LONGUEUR DU CONDUIT.	DIAMÈTRES DU SAC.	DIAMÈTRES DU CONDUIT.
			Millim.	Millim.	Millim.
1. Blanc.....	30 ans.	Espagne.	27	4	3
2. Blanche	33 —	Cuba.	26	3	2 1/2
3. Id.	49 —	Id.	26	3 1/2	3
4. Blanc.....	54 —	Id.	28 1/2	4 1/2	3 1/2
5. Id.	39 —	Id.	27	3 1/2	2 1/2
6. Id.	36 —	Id.	27 1/2	3 1/2	3
7. Id.	56 —	Espagne.	26	4	3
8. Id.	52 —	Cuba.	28	5	4
9. Blanche	56 —	Id.	27	3 1/2	2 1/2
10. Id.	67 —	Espagne.	27	4	3 1/2
11. Blanc.....	25 —	Cuba.	27 1/2	4	3 1/2
12. Id.	24 —	Id.	28	3	3 1/2
13. Id.	25 —	Id.	28	3 1/2	3
14. Id.	23 —	Mexique.	27	4	3 1/2
15. Blanche	60 —	Espagne.	28	4	3 1/2

TABLEAU IV.

SUJETS.	AGE.	PAYS D'ORIGINE.	LONGUEUR DU CONDUIT.	DIAMÈTRES DU SAC.	DIAMÈTRES DU CONDUIT.
			Millim.	Millim.	Millim.
1. Nègre.....	65 ans.	Afrique.	26	5	4 1/2
2. Négresse.....	80 —	Id.	25 1/2	5 1/2	4 1/2
3. Nègre.....	90 —	Id.	26	6	5
4. Id.	65 —	Id.	26	5	4 1/2
5. Négresse.....	82 —	Id.	26	5 1/2	4 1/2
6. Id.	80 —	Id.	25 1/2	4 1/2	3 1/2
7. Id.	60 —	Id.	25	6	5
8. Id.	60 —	Id.	26 1/2	5	4 1/2
9. Id.	70 —	Id.	27	5	4

De l'examen des tableaux ci-joints (Voir tableaux III et IV), on déduit :

1° Que le conduit lacrymo-nasal dans la race blanche est relativement plus long que dans la race nègre.

2° Dans cette dernière le conduit offre à son tour un plus grand diamètre que dans la blanche.

3° La distance qui sépare les orifices inférieurs des deux conduits est plus grande chez le nègre que chez le blanc, si bien que par rapport aux supérieurs les orifices inférieurs sont toujours externes chez le nègre.

Ce fait est facile à prouver par le plus grand indice nasal de la race nègre.

4° Chez le nègre, la direction du conduit lacrymo-nasal tend à devenir rectiligne, la double inflexion dans le sens transversal ou latéral et dans le sens antéro-postérieur du conduit étant plus accentuée dans la race blanche.

5° L'orifice inférieur du conduit lacrymo-nasal correspond chez le nègre à la voûte du méat inférieur des fosses nasales et il est beaucoup plus grand et plus arrondi que dans la race blanche. Dans celle-ci, cet orifice inférieur, beaucoup plus étroit et ovale, correspond à la paroi externe du méat dans la totalité des cas.

Outre les 24 cadavres qui servirent aux mensurations comparatives qui sont consignées dans les tableaux correspondant aux blancs et aux nègres, le Dr Presno nous en a communiqué deux autres exemples; l'un est celui d'une femme blanche, et l'autre est le cas d'un nègre africain, de ceux qu'on appelle *lucumi* appartenant à une tribu déterminée de son territoire d'origine.

Dans les deux cas, on distinguait d'une manière claire, l'amplitude de l'orifice du canal nasal, chez l'africain, son étroitesse chez le blanc. On notait aussi la réduction de l'indice nasal chez celui-ci, et ses plus grandes dimensions chez le nègre.

Lorsque des résultats cliniques nous déduisions l'hypothèse que les investigations anatomiques ont démontrée, nous nous basions sur un nombre limité de maladies des yeux, mais

TABLEAU V. — **Nombre total de malades de la clinique : 37,290.**
Nombre total de malades des voies lacrymales : 773.

RACES.											SEXE.		AGE.									
BLANCS.						NÈGRES.																
Cubains.	Espagnols	Européens.	Canariens.	Américains du Nord.	Américains du Sud.	Africains.	Cubains.	Mulâtres.	Chinois.	Mexicains.	Femmes.	Hommes.	De 1 jour à 1 an.	1 an à 5 ans.	5 ans à 15 ans.	15 ans à 25 ans.	25 ans à 50 ans.	50 ans à 80 ans.	80 ans à 100 ans.	Deux yeux.	Œil droit.	Œil gauche.
105	97	2	18	4	1	1	4	5	»	1	128	110	1	13	19	17	122	36	»	57	88	93

Pourcentage de malades du canal nasal de toutes les races, par rapport au nombre total de malades de la clinique..	0,63	Pourcentage de malades blancs du canal, par rapport au nombre total de malades de la clinique.	0,60	Pourcentage de malades nègres du canal, par rapport au nombre total de malades de la clinique.....	0,01
Pourcentage de malades du canal nasal, par rapport au nombre de malades des voies lacrymales.....	30	Pourcentage de malades blancs du canal, par rapport au nombre de malades des voies lacrymales de toutes races.....	95	Pourcentage de malades nègres du canal, par rapport au nombre de maladies des voies lacrymales de toutes races.....	2,10
		Pourcentage de malades nègres du canal, par rapport au nombre de malades blancs du canal....	2,20		

aujourd'hui la statistique embrasse un nombre de 37,290 malades et les résultats ont été les mêmes comme le montrent les tableaux II et V.

CONCLUSIONS

1° Le canal nasal du blanc est plus long et plus tortueux ce qui explique sa plus grande exposition aux affections des voies lacrymales.

2° Le canal nasal du nègre est large et rectiligne, ce qui explique que dans cette race les rétrécissements sont moins fréquents et que les affections du sac et du canal lacrymal sont rares et en moins grand nombre encore chez le métis que chez le blanc.

DE L'INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE ET DE LA SAISON SUR L'ATTAQUE DE GLAUCOME AIGU PRIMITIF

PAR

Le Docteur KURT STEINDORFF

Assistant du professeur HIRSCHBERG (Berlin).

Hippocrate, père de la médecine, s'était appliqué à mettre en relief l'influence de la température et des saisons sur le nombre et la variété des affections oculaires. Ses remarques furent très appréciées jadis et les Arabes par exemple les adoptèrent dans leur système de médecine, et nous en transmirent des communications très détaillées. Tout récemment le développement rapide et plein de promesses des plus jeunes branches de la science : la bactériologie et l'hygiène nous ont appris à considérer la température et le climat, comme des causes non douteuses d'un grand nombre de maladies. L'oculistique n'a tiré que peu d'avantages de ces recherches. On trouve cependant quelques remarques isolées sur ce point. C'est ainsi qu'il est établi qu'au printemps et à

l'automne se propagent les rhumes de cerveau et les conjonctivites épidémiques, que le catarrhe printanier se rencontre seulement pendant les mois chauds, ce qu'on a récemment attribué à l'humidité relative de l'air. On sait que non seulement en Egypte, mais aussi chez nous le trachome perd sa sécheresse pendant la saison chaude et commence à couler, et que l'iritis chronique empire pendant une température froide et humide. Mais je n'ai noté dans aucun livre classique ce fait depuis longtemps établi dans notre clinique, que la poussée aiguë du glaucome primitif se manifestait surtout pendant la saison froide.

J'ai parcouru à cette occasion les journaux de notre clinique pendant la période qui s'étend du 1er mai 1885 au 30 avril 1902. Sur 7,101 malades traités pendant cette période de 17 ans, il y eut 83 cas de glaucome aigu primitif, qui ont donné en tout 102 poussées. J'ai constaté que le fait observé par beaucoup d'auteurs est exact, que chez les femmes l'augmentation de pression oculaire s'accompagne de phénomènes inflammatoires qui manquent chez les hommes. Sur nos 83 malades il y avait 64 femmes, soit 77,1 p. 100 comme moyenne.

Il me semble donc que Laqueur qui nie l'influence du sexe sur le début du glaucome, est tombé dans l'erreur.

Le fait que le glaucome est une maladie de l'âge avancé est prouvé par les chiffres suivants :

De 10 à 20 ans,	il y avait.....	0	malade.
20 à 30	—	2	malades.
30 à 40	—	5	—
40 à 50	—	10	—
50 à 60	—	22	—
60 à 70	—	27	—
70 à 80	—	14	—
80 à 90	—	3	—

Il n'était pas toujours facile de distinguer la véritable poussée aiguë des phénomènes de l'état prodromique, puisque entre les deux il n'y a qu'une différence de degré. C'est pourquoi je n'ai pris que les cas de début brusque dans lesquels les symptômes subjectifs et objectifs bien

connus éclataient comme la foudre dans un ciel clair. J'ai laissé de côté les prodromes avec phénomènes moins intenses, que l'on considère généralement comme des poussées aiguës avortées. J'ai également mis de côté les cas de poussées aiguës dans les glaucomes secondaires et hémorragiques, parce que les circonstances anatomiques influencent trop et de façon trop diverse pour répondre au thème posé, à savoir si la température et la saison influent sur la poussée aiguë du glaucome primitif. Enfin, il fallait encore exclure quelques cas dans lesquels l'instillation d'un collyre mydriatique dans un but thérapeutique ou diagnostique provoqua le retour d'un glaucome endormi et non soupçonné. Enfin, je ne me suis servi que des cas observés dans notre clinique. Toutes ces réserves faites, il restait en tout 102 cas.

Si la température et la saison ont quelque influence sur la production du glaucome aigu primitif, ce que j'espère démontrer, il faut pourtant tenir compte que ces deux facteurs ne doivent être que coordonnés aux autres déjà connus depuis longtemps : la faim, l'excitation, l'usage de mydriatiques, l'opération d'un autre œil déjà malade, etc. ; ils ne doivent que former un nouvel anneau dans la chaîne des influences susceptibles de provoquer des poussées aiguës de glaucome, ce qui jusqu'à présent a été trop peu pris en considération. Il est donc compréhensible que parmi ces 102 cas, j'écarte encore une dizaine de cas dans lesquels d'autres causes que celles que j'étudie ont été en jeu. Cependant, dans la statistique totale, ces dix cas doivent être comptés puisqu'ils ne la changent en rien.

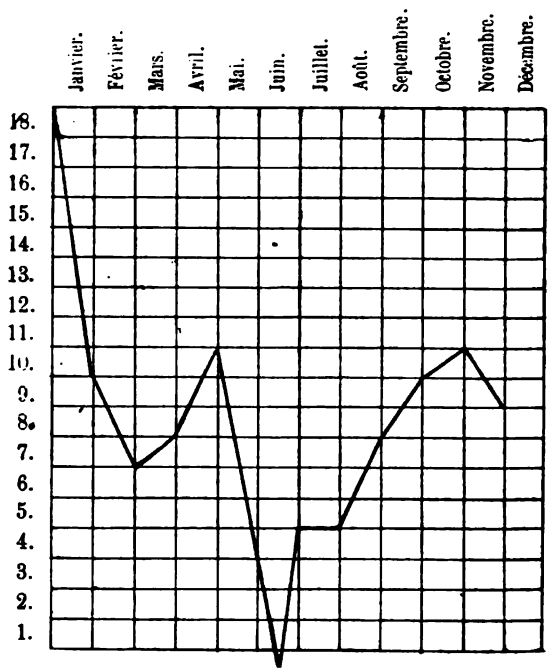
Des 92 cas à observer au point de vue météorologique, il y en a exactement 68 d'utilisables, dans lesquels le jour du début de l'attaque a été fixé d'une façon certaine. C'est sur ceux-ci que s'appuie notre étude, puisque pour les autres (24 cas), on n'a pu que fixer le mois de la poussée de glaucome, mais non le jour. Il est probablement inutile de faire observer que les 68 cas précis viennent de Berlin, tandis que les autres venaient de la province, et qu'on ne pouvait avoir à leur endroit de données météorologiques exactes.

Le classement des 102 cas d'après les mois de l'année se fait donc de la façon suivante :

Du 1er mai 1885 au 30 avril 1902, on observa :

Mois.	Nombre des malades soignés à la clinique.	Parmi lesquels il y avait des glaucomes primitifs aigus.	Pourcentage des glaucomateux sur tous les malades
Janvier.....	612	18	2,9
Février.....	551	10	1,8
Mars	516	7	1,3
Avril.....	566	8	1,4
Mai.....	768	11	1,4
Juin.....	650	0	0
Juillet.....	744	5	0,7
Août.....	428	5	1,1
Septembre.....	520	8	1,5
Octobre.....	698	10	1,4
Novembre.....	585	11	1,9
Décembre.....	443	9	2,0
	7,081	102	1,5

Le graphique suivant indique encore mieux les proportions de malades suivant les mois :



Ces deux tableaux sont faciles à expliquer : le maximum des cas de glaucome, c'est-à-dire 65, se produit dans la saison froide (octobre à mars), tandis que les mois de chaleur (avril à septembre) n'ont amené que 37 malades à la clinique 6,4 p. 100 et 3,6 p. 100. De janvier, la courbe baisse pendant les deux mois suivants, s'élève de nouveau, atteint son second maximum au mois de mai pour s'abaisser à 0 au mois de juin. Puis la courbe s'élève lentement jusqu'au mois de novembre pour subir une petite dépression au mois de décembre. Le phénomène le plus remarquable est le maximum de janvier et le minimum de juin.

Pour répondre à l'observation que c'est pour des raisons extérieures qu'il y a eu moins de malades en général en été, et que le nombre des glaucomes aigus est moindre à cause de ceci, j'ai compté et réparti tous les malades reçus pendant ces 17 années, dans chaque mois séparément. J'ai fait le pourcentage des cas de glaucomes sur les chiffres ainsi obtenus, et j'ai trouvé la très importante différence que le second maximum en réalité ne tombe pas en mai, mais un peu avant.

Comment expliquer cette étrange répartition des cas de glaucome primitif aigu? Car quelque petits que soient nos matériaux d'étude, je considère cependant que ce n'est pas le hasard qui a procédé à cette répartition. Il serait assurément précieux, et nous en serions très reconnaissants, de posséder d'autres observations semblables :

Le caractère de la température et de la saison est surtout basé sur la température de l'air. C'est elle qui fait la différence entre l'été et l'hiver.

La température de l'air se répartit de la façon suivante pour les jours de début du glaucome :

	Degrés C.			
Moyenne du jour : au-dessous	—10,0	.....	1	cas.
— de	—10,0 à	—5,0.....	2	—
— de	—5,0 à	0°.....	7	—
— de	0° à	+1,0.....	7	—
— de	+1,1 à	+2,0.....	6	—
— de	+2,1 à	+3,0.....	4	—
— de	+3,1 à	+4,0.....	4	—

	Degrés C.	
Moyenne du jour :	de +4,1 à +5,0.....	3 cas.
—	de +5,1 à +6,0	3 —
—	de +6,1 à +10,0.....	8 —
—	de +11,1 à +15,0.....	5 —
—	de +15,1 à +20,0.....	11 —
	au-dessus +20,0.....	7 —

On remarque par ce tableau que les jours à température extrêmement haute, et extrêmement froide sont ceux où le glaucome aigu est le plus fréquent, surtout les derniers. Nous prenons comme base la température moyenne de Berlin à 9,1 C.

Des observations de l'Institut royal météorologique de Berlin, il ressort de plus que les jours où les attaques de glaucome étaient plus nombreuses, étaient ceux enregistrés comme ayant présenté la plus haute ou la plus basse température. Les minima dans la saison froide étaient plus rares que les maxima (7/13).

Ce qui veut dire que si le glaucome survient pendant l'été, il arrive de préférence dans les journées les plus chaudes.

Ici, l'usage des moyennes de température n'est pas très utile. Car, si l'on compare la température régnant les jours où les attaques de glaucome se sont produites, on la trouve fréquemment plus haute que la moyenne (40/28). Ces écarts aussi bien en haut qu'en bas, se partagent à peu près également d'après la fréquence des cas. Le tableau suivant indique cette différence :

Degrés C.	Plus haut que la moyenne.	Plus bas que la moyenne.
De 0 à 1.....	9 cas.	5 cas.
De 1,1 à 2,0.....	5 —	6 —
De 2,1 à 3,0.....	5 —	7 —
De 3,1 à 4,0.....	9 —	2 —
De 4,1 à 5,0.....	4 —	5 —
De 5,1 à 10,0.....	7 —	»
Au-dessus 10,0.....	»	2 —

Ces chiffres montrent bien qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions fermes. J'espérais que la différence de température entre deux jours pourrait être utilisée pour

l'explication de l'influence de la température, mais cela ne procura non plus aucune conclusion intéressante.

Cependant, ces différences quotidiennes de température étaient beaucoup plus fréquentes dans la saison froide, mais il faut considérer que la valeur hygiénique de ces différences varie suivant les saisons. Ainsi, une baisse de 28° à 22° agit tout autrement qu'une baisse de 15° à 9° ou de 6° à 0°.

Si toutefois la température de l'air peut influer sur la pression intra-oculaire, c'est assurément par l'intermédiaire de la pression sanguine. On sait que celle-ci augmente avec le froid, et diminue avec la chaleur. Ce fait physiologique a été constaté par des mensurations de la pression sanguine pratiquées après les bains, douches, frictions, et dont nous ne pouvons donner ici les détails très intéressants. Par une économie de chaleur normale, l'équilibre initial de température se rétablira très vite.

Mais, comme je l'ai déjà mentionné, il s'agit ordinairement dans le glaucome aigu de personnes âgées chez lesquelles les scléroses cellulaires empêcheront souvent la marche normale de la régulation du calorique. Beaucoup d'auteurs penchent à croire que le glaucome primitif est une sclérose artérielle (Haab).

On a aussi observé des inflammations des parois veineuses (Birnbacher et Czermack). Sans se perdre dans toutes les théories pathogéniques du glaucome, une affection vasculaire rendrait très compréhensible une influence de la température.

L'influence d'une haute température sur la pression intra-oculaire est indéniable; quand la pression du sang et l'énergie des contractions cardiaques diminuent, il se produit une stase veineuse dans le bulbe, et dès lors une augmentation de pression. Pendant l'hiver, la différence de température entre les habitations chauffées et l'air extérieur peut conduire un œil prédisposé au glaucome, à une augmentation de pression. Enfin, il faut aussi faire entrer en ligne de compte les processus inflammatoires du système sympathique ou vaso-moteur.

Beaucoup d'auteurs ont signalé la diminution de la pression sanguine par une baisse barométrique, et en même temps l'augmentation de la pression intra-oculaire. Mais leurs observations portant sur des différences considérables d'altitude (Paris-Mexico), ne peuvent nous être utiles.

. . . . . .

Afin de compléter cette étude, nous avons observé les autres facteurs météorologiques enregistrés minutieusement d'après les observations de l'Institut météorologique royal de Prusse : ni l'humidité absolue ou relative, ni la direction ou la force du vent, ni les pluies, ni les nuages, n'ont à mon avis d'influence directe. Ce serait difficile en effet, car de tous les composants qui constituent le temps, la température seule agit sur la pression du sang et de l'œil. Des recherches ultérieures indiqueront peut-être l'influence de l'électricité de l'air. Arrhénius a d'ailleurs démontré cette influence sur certains phénomènes pathologiques et physiologiques (naissances, menstrues, épilepsie). Mais les mesures exactes de l'électricité de l'air manquent encore actuellement.

Il y a en outre des influences indirectes qui doivent être cherchées, par exemple, les conditions de vie changeant d'après les différentes saisons. Ainsi, il existe des maladies caractéristiques, pendant l'été d'une part, pendant l'hiver d'autre part : maladies du tube digestif, maladies des voies respiratoires. Certains états : la constipation, la toux, augmentent la tension sanguine et expliquent peut-être pendant l'hiver la fréquence du glaucome aigu.

Ainsi, nous avons vu cette affection survenir deux fois en octobre et en novembre, dans un cas de tuberculose pulmonaire, deux fois en février et mars, après l'influenza. On a observé la coïncidence de cette maladie et du glaucome, et l'augmentation de la pression intraoculaire dans certaines affections fébriles.

Tous les praticiens sont unanimes à vanter l'iridectomie ou l'ésérine qui ont pour but d'aérer la chambre antérieure de l'œil, en développant l'iris. L'hiver avec ses journées sombres et courtes et ses longues nuits causant une dilatation pupil-

laire de longue durée, pourrait bien provoquer des attaques de glaucome. Plusieurs de nos malades au stade prodromique de l'affection, abhorrent l'hiver du nord et l'évitent en allant au midi.

Les mauvaises conditions d'éclairage sont aussi des causes prédisposantes parce que fatiguant l'accommodation, elles déplacent la lentille cristallinienne qui presse l'iris contre la cornée et ferme le canal de Fontana. Il est utile de faire remarquer que la grande majorité de nos 83 malades était des hypermétropes. A. de Græfe et Laqueur ont démontré l'importance de la réfraction et en particulier de l'hypermétropie dans le glaucome.

Le fait de la prépondérance du glaucome aigu primitif dans la saison froide, n'a pas seulement un intérêt théorique, mais aussi une importance pratique. Cela étant connu, le médecin ainsi que le malade seront capables d'éviter l'attaque par une conduite raisonnable. De la même façon que l'on protège du froid les pulmonaires et les rhumatisants, on pourra éviter le glaucome par l'éloignement de tous les éléments nuisibles, et en conseillant aux malades prédisposés de se mettre en garde pendant l'hiver contre un air extrêmement froid.

Traduit par le Dr A. Beauvois.

SOCIÉTÉ OPHTALMOLOGIQUE MEXICAINE

PREMIÈRE RÉUNION ANNUELLE

Tenue à Mexico du 27 au 31 mars 1903.

Analyse par le Docteur A. BEAUVOIS

Première session.

Président : M. le Dr E. Licéaga.

M. Chavez lit le discours que nous avons analysé autre part, dans lequel il fait l'histoire des progrès de l'ophtalmologie au Mexique. (Voir page 549.)

M. Licéaga, président, dit que cette première réunion annuelle doit être considérée comme le premier congrès national. Il félicite les organisateurs et les fondateurs.

Valeur comparative des diverses opérations proposées pour remplacer l'énucléation et spécialement les implantations de graisse, par MM. F. Lopez et D. Velez. — Le rapport du Dr Velez est analysé page 550.

M. Lopez. — On a jadis énucléé beaucoup d'yeux; aujourd'hui la chirurgie conservatrice est en honneur. En précisant, on doit énucléer dans les tumeurs malignes, dans les tumeurs envahissantes, dans les tumeurs rétro-oculaires, enfin dans les cas d'atrophie douloureuse.

L'exentération est facile, et la guérison dure 8 jours. L'amputation partielle est une opération bénigne.

Si l'on compare les résultats de ces opérations on trouve que l'énucléation donne un moignon moins bon que l'exentération et l'amputation.

Pour y remédier on a proposé d'implanter dans le moignon des sphères de verre, d'éponge, etc. D'après le procédé de Barraquer de Barcelone, on pratique depuis 1901, des implantations de graisse dans la cavité. Le rapporteur a fait 18 opérations de ce genre avec d'excellents résultats.

L'amputation partielle est seulement indiquée dans les staphylomes cornéens. Dans les panophtalmies graves, l'auteur préfère l'éviscération ignée avec le thermocautère.

M. Uribe Troncoso (Mexico) félicite les rapporteurs de leurs travaux et de leurs statistiques sur l'opération de Barraquer, dont ils ont précisé la technique et les indications. Il l'a pratiquée chez un enfant et a obtenu un moignon idéal.

M. J. Gama croit que le meilleur moignon est celui qu'on obtient en conservant le vitré, et qu'on a exagéré les périls de l'amputation partielle. Il a des observations de malades qui ont subi l'amputation et dont le moignon est resté solide pendant 25 ans. Quant à la nouvelle méthode (implantations de graisse), il faut attendre qu'elle ait fait ses preuves.

M. L. Chavez n'est pas très partisan des injections de graisse. Il réserve l'énucléation aux néoplasmes, en général il recourt à la kératectomie combinée de Panas.

Composition de l'humeur aqueuse dans les cas de cataracte sénile, par le Dr H. U. Troncoso. — L'auteur, comme contribution à l'étude de la pathogénie des cataractes, a examiné l'humeur

aqueuse aux différentes périodes de l'opacification cristallinienne. Il a employé la même méthode que celle dont il s'était servi pour ses études sur la pathogénie du glaucome.

Sur les neuf humeurs analysées, trois appartenaient à des cataractes commençantes, cinq à des cataractes mûres, et une à une cataracte trop mûre. Des trois commençantes, deux étaient nucléaires et une corticale; dans les premières, il y avait augmentation de la proportion de substances minérales qui s'élevaient au chiffre de 29,37 p. 100. La quantité de matières organiques était normale. Dans la cataracte corticale commençante, les substances minérales au contraire étaient en quantité normale.

Dans les cataractes mûres, les matières organiques et inorganiques étaient normales. D'après l'auteur, il faut rejeter l'idée émise par Deutschman et Leber que pendant la formation de la cataracte, il y a augmentation de la quantité d'albumine; celle-ci se trouve seulement dans les états glaucomateux et dans les cataractes trop mûres.

Ses travaux ne confirment pas non plus l'idée du professeur Peters (de Bonn) qui affirme qu'il y a augmentation de sels dans l'humeur aqueuse pendant toute la période de formation de la cataracte; cette augmentation étant due à une affection spéciale de l'épithélium sécréteur des procès ciliaires.

Il paraît plus raisonnable d'admettre d'après le Dr Troncoso, que l'augmentation de sels au début de la cataracte donne lieu à une soustraction d'eau du noyau, et qu'au moment où celui-ci se contracte, les lésions de la cataracte commencent. De nouvelles investigations sont nécessaires sur ce point.

Deuxième session.

Président : M. le Dr L. Chavez (de Mexico).

Un cas de brûlure par la potasse caustique et de myopie traumatique, par M. A. Alonso (San Luis Potosi). — Il s'agit d'un homme qui présentait un leucome adhérent de l'œil gauche avec cataracte traumatique et qui fut atteint par la suite de myopie. Survint une brûlure de l'œil par la potasse caustique. L'auteur pratiqua une iridectomie, puis l'extraction de la cataracte, et put ainsi donner au patient une acuité visuelle de 1/4 avec un verre de + 3 dioptries.

Un cas exceptionnel de ptéryglon et considérations sur le traitement de cette affection, par M. P. de Obarrio (San

Salvador). — Il s'agit d'un paysan exposé aux rigueurs d'un climat tropical et aux actions irritantes de la poussière. Il se développa chez lui un ptérygion qui s'étendit bientôt de son implantation cornéenne jusqu'au bord de la paupière inférieure, déterminant une espèce de symblépharon. On pratiqua l'opération puis on fit des cautérisations, car de nouveaux vaisseaux envahissaient la cornée. A propos de ce cas, l'auteur discute le traitement du ptérygion. Il préfère l'extirpation totale, et, au sujet des récidives, il donne une grande importance à l'aspect des vaisseaux sanguins et à leurs terminaisons au niveau du bord cornéen. Si, à ce niveau, les vaisseaux forment une anse et viennent en arrière, les chances de récidive sont moindres. Si, au contraire, les vaisseaux s'avancent du limbe sur la cornée, la récidive est rare.

M. R. Silva (Mexico). — Pour éviter les récidives, Coccius a inventé la suture de la plaie conjonctivale, Arlt l'excision ; travers une plaie rhomboïdale, Terson pratique des incisions libératrices.

Desmarres et Knapp dévient la tête du ptérygion. Galezowski et Chibret l'enroulent.

M. F. Lopez (Mexico) décrit sa méthode. Elle est double suivant qu'il s'agit d'un ptérygion de peu de volume ou d'un ptérygion volumineux, et l'auteur la dénomme *procédé d'extirpation totale du ptérygion avec autoplastie par dédoublement et glissement conjonctival.*

M. Alonso (San Luis Potosi) félicite le Dr Lopez de son ingénieux procédé, et insiste sur l'importance de la suture.

M. J. R. Galinao (Tulancingo) pratique toujours l'extirpation ; il apprécie la cautérisation comme la recommande le Dr Obarrio. La méthode du Dr Lopez lui paraît excellente.

M. Uribe Troncoso (Mexico) a vu aux États-Unis le Dr W. Fox opérer de la façon suivante :

Au niveau du col du ptérygion, introduire un crochet à strabisme, pratiquer des tractions de façon à le déchirer, puis saisir le ptérygion et en implanter la tête sous la conjonctive. Le procédé a l'inconvénient de produire une déformation des parties. Il félicite le Dr Lopez et lui demande s'il a observé des récidives.

M. Lopez. — Les grands ptérygions ne récidivent jamais : les petits se reproduisent parfois d'une façon désespérante. Il pense que certains prennent une allure maligne.

M. Chavez signale un procédé semblable à celui du Dr Lopez. A la place de la cautérisation, il rase le lieu d'implantation de la tête du ptérygion.

M. J. de J. Gonzalez (Mexico). — Sur 25 opérations qu'il a pratiquées, il a eu deux récidives qui ne se sont pas reproduites après la seconde opération.

M. Silva propose d'appeler le procédé du Dr Lopez, *procédé mexicain du Dr Lopez*.

Troisième session.

Président : M. le Dr J. R. Galindo (de Tulancingo).

Valeur comparative des diverses échelles optométriques ; nécessité de leur unification, et adoption d'une unité métrique.

a) Rapport de M. A. Chacón (Mexico). — La mesure de l'acuité visuelle et son unité métrique sont conventionnelles. L'application des formules mathématiques aux faits biologiques n'est pas toujours possible, et c'est ici le cas.

Le fondement des échelles est le minimum séparabile, ou angle visuel minimum.

Il serait plus scientifique de mesurer ladite acuité par l'arc de cercle rétinien qui correspond à l'angle visuel. Mais les difficultés de construction des échelles n'ont pas permis cette voie.

Nicati a basé ses échelles sur la loi de Fechner. Quelle doit être l'unité optométrique ?

Le rapporteur repousse l'unité proposée par Sulzer et il accepte comme opto-type le cercle ouvert de Landolt.

b) Rapport de M. E. F. Montano. — M. Montano ne s'est pas contenté de passer en revue les différentes méthodes proposées.

Il a fait œuvre originale et nous devons l'en féliciter, en essayant de nous donner une échelle universelle. Il est vrai de dire que ses calculs trigonométriques sont exacts et son échelle très facile à construire.

M. Montano veut que le système métrique, qui dans les calculs présente d'innombrables avantages, serve de base aux calculs faits dans le but d'établir ces échelles. Il s'appuie sur les travaux de l'ingénieur mexicain Mendizabal Tamborrel qui prend comme unité angulaire la circonférence entière et qu'il divise en 10, 100, 1000, etc., parties et qui appelle l'unité « gone », et décigone, centigone, jusqu'au microgone, la millionième partie de la circonférence. La circonférence ainsi divisée, tous les calculs se réduisent à changer la fraction décimale dans l'expression de 2π quand le rayon est égal à un mètre.

L'échelle de M. Montano présente cet avantage qu'elle permet

de mesurer l'acuité visuelle des sujets qui voient sous un angle moindre de 1 minute. Sa construction est de plus très facile.

Rapport de M. José de J. Gonzalez (Mexico). — L'auteur étudie d'abord l'acuité visuelle, le minimum séparabile, sa valeur qui varie d'après les auteurs entre 175″ et 14″, et enfin les circonstances qui influent sur sa valeur (éclairage de l'objet, couleur du fond, etc.).

Examinant ensuite les optotypes, il donne sa préférence aux échelles qui excluent les lettres comme celles de Landolt qui pour lui est une des meilleures. Au point de vue de la graduation, il préfère la décimale qui a l'avantage de faciliter les calculs, mais il conseille d'employer la progression géométrique et non l'arithmétique. La loi de Fechner en effet, doit toujours être mise en ligne de compte : « Pendant que l'excitation que détermine la sensibilité croît en progression géométrique, la dite sensibilité seule croît en progression arithmétique.

Le fond de l'échelle sera blanc et les optotypes noirs, car selon les expériences de Kolbe, ils sont alors plus visibles. Enfin, comme le choix de l'unité optométrique est arbitraire, il propose pour cette unité un millimètre qui est vu sous un angle de 30″ à la distance de 6 mètres 88 centimètres.

M. Ramos (Mexico). — Il pense avec M. Chacon qu'il y a deux questions : l'une scientifique et l'autre pratique. Lorsqu'il s'occupa de faire construire les optotypes qu'il présenta à l'Académie nationale de médecine, il consulta un ingénieur distingué, et le résultat de leurs recherches fut la conviction qu'une solution parfaite était impossible. Le minimum séparabile est essentiellement variable et, comme la sensibilité rétinienne, la véritable unité physiologique est impossible à déterminer. Une foule de conditions accessoires font d'ailleurs varier la perception visuelle.

Il estime que l'échelle présentée par M. Montano est pratique parce qu'elle n'impose pas d'unité d'acuité, et qu'elle donne seulement la mesure de l'angle visuel rencontré. Il la croit très exacte parce qu'elle est fondée sur la loi psychophysique de Fechner et suit la progression géométrique plus constante que l'arithmétique, et enfin parce qu'elle emploie à côté des lettres, les anneaux brisés.

M. Uribe Troncoso. — Des trois rapports présentés, celui de M. Gonzalez peut être considéré comme le plus complet au point de vue historique, celui de M. Chacon, comme le plus pratique et sous ce rapport le plus utile, enfin que celui de M. Montano représente un pas en avant qui sera fructueux, il faut l'espérer.

Après avoir indiqué les défauts des échelles actuelles, il apprécie favorablement celle de M. Montano, et il pense que les oculistes l'adopteront.

M. CHAVEZ. — Il propose la nomination d'une commission pour examiner les échelles de MM. Montano et Gonzalez.

Sont choisis, MM. RAMOS, URIBE TRONCOSO et CHACON.

Quatrième session.

Président : M. A. ALONSO (de San Luis Potosi).

Examen de la vision chez les employés du Chemin de fer international mexicain, par M. L. POURQUIÉ (Torreon Coah). — En 1895, une circulaire adressée par les directeurs de l'*International Mexicain*, prescrivait l'examen de la vue chez tous les employés du service actif. On devait noter l'acuité visuelle, la réfraction, la vision des couleurs, l'étendue du champ visuel et l'état du fond de l'œil.

Sur 2,400 aspirants examinés depuis 1895 jusqu'à 1903 furent refusés : 55 pour daltonisme (2,29 p. 100), 130 pour acuité visuelle insuffisante, 31 qui n'avaient qu'un œil.

L'auteur conclut que l'examen de la vision doit être pratiqué par des oculistes, afin de donner toute garantie aux compagnies et au public.

M. URIBE TRONCOSO (Mexico), après avoir félicité l'auteur, rappelle qu'une campagne sur cet important sujet a déjà été suivie dans les *Annales d'Ophtalmologie* de Mexico. Le but était de pousser le Gouvernement à obliger les Compagnies de chemins de fer à l'examen de la vision de leurs agents, mais une telle organisation n'existe ni aux États-Unis, ni en Europe.

L'*Association médicale mexicaine* avait nommé une commission et était d'avis que cet examen pouvait être pratiqué par les médecins. M. Troncoso pense avec M. Pourquié qu'il doit être fait par des oculistes, et porter sur l'acuité, la réfraction, le daltonisme et le champ visuel. Les voies ferrées et le nombre des voyageurs augmentent de jour en jour. La *Société d'Optalmologie* doit poursuivre la campagne commencée.

M. E. MONTANO (Mexico) propose de soumettre à l'approbation du ministre des travaux publics les conclusions suivantes :

1° Les employés du service actif doivent avoir une acuité visuelle égale à l'unité;

2° Ils ne doivent point avoir de lunettes;

3° La faculté chromatique doit être normale;

4° Le champ visuel doit être normal;

5° L'examen doit être pratiqué par un oculiste.

MM. J. R. Galindo et H. Velez appuient les propositions de leurs confrères.

Une commission est nommée : MM. U. Troncoso, Pourquié et F. Lopez.

Etat actuel de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie oculaire au Mexique, par MM. M. Velez et R. Silva (Mexico). — Les auteurs font d'abord un historique rapide de l'antisepsie et de l'asepsie et insistent sur les avantages de celle-ci.

Les antiseptiques chimiques à cause de leurs combinaisons et de leurs transformations ont une action incertaine. Au point de vue de l'asepsie conjonctivale, ils ne sont pas supérieurs à un abondant lavage aseptique. Puis ils abordent l'importante question de la stérilisation des instruments (chaleur humide, chaleur sèche, cette dernière de préférence).

Après avoir indiqué les méthodes de stérilisation des objets de pansement, ils étudient l'asepsie du chirurgien et du champ opératoire avant, pendant et après l'opération.

MM. Chavez et Alonso félicitent les auteurs et insistent sur quelques points spéciaux.

Cinquième session.

Président : M. J. de J. Gonzalez (de Léon-Mexico).

Présentation d'instruments nouveaux. — M. F. Lopez présente un *appareil pour stériliser les solutions médicamenteuses employées en thérapeutique oculaire* (cocaïne, atropine). Cet appareil est basé sur la propriété de l'acétate d'ammoniaque de fondre à 60° et de conserver cette température pendant quelques heures.

M. L. Chavez présente un *nouveau modèle de blépharostat* et des *ciseaux courbes pour l'énucléation.*

M. U. Troncoso. — *Nouveau modèle de mires pour l'ophtalmomètre de Javal.*

Œil artificiel skiascopique.

M. Uribe Troncoso présente ensuite des *coupes d'yeux* (œil physiologique, glaucome hémorragique, irido-choroïdite, cysti-

cerque du vitré, luxation du cristallin calcifié dans la chambre postérieure, dégénérescence graisseuse de la choroïde et calcification du cristallin, staphylome sclérotical, etc.).

Traitement optique de la myopie. Rapporteur : M. J. Ramos (Mexico). — L'auteur pour son étude divise la myopie en : 1° myopie faible stationnaire sans lésion; 2° myopie non progressive avec lésions faibles ou moyennes; 3° myopie accompagnée de lésions matérielles graves, envahissantes et amenant des troubles fonctionnels. Il a rencontré au Mexique la proportion de 4,40 p. 100 d'enfants myopes dans la race croisée et 0,33 p. 100 dans la race indigène. Pour les deux premières classes de myopes, entre 4 et 9 dioptries, il se contente de la correction optique et des précautions hygiéniques ordinaires. Dans la troisième classe, il faut recourir au traitement opératoire. Il prescrit les verres à n'importe quel âge. Les enfants supportent bien la correction complète, et aussi les adultes qui n'ont pas encore employé les verres.

Son avis est qu'il ne doit pas y avoir de règle absolue pour la correction et qu'en général une correction partielle est mieux supportée.

Même sujet.

Second rapporteur : M. G. Abarca (Guadalajara). — Après avoir étudié la myopie en général et les altérations qu'elle produit, il indique que les causes principales de ces progressions sont l'excès de convergence et le travail, sans la correction nécessaire et avec une lumière insuffisante, d'où ischémie rétinienne par contraction tétanique de la veine de l'artère centrale. La correction par les verres peut influencer cette progression. Elle peut être complète jusqu'à 3 dioptries, mais dans les myopies fortes, elle est contre-indiquée.

Nécessité d'une commission internationale pour la détermination exacte des nuances de couleur qui doivent être employées comme couleurs, par M. Ch. Oliver (Philadelphie). — L'auteur établit d'abord que le choix des teintes colorées employées dans les chemins de fer, bateaux, etc., est fait de façon arbitraire. Il montre que les signaux colorés peuvent présenter une intensité variable dans une même teinte suivant l'éclairage. Il est d'avis qu'on ne doit se servir que des couleurs de la partie médiane du spectre solaire. Il demande la nomination d'une commission.

M. Ramos (Mexico) appuie les conclusions de M. Ch. Oliver.

Le président pense que la commission nommée pour le règlement des conditions d'admission dans les chemins de fer, pourra s'occuper de cette question.

Sixième session.

Président : M. le Dr L. Chavez.

Traitement de l'ophtalmie sympathique par les injections sous-conjonctivales du moignon de l'œil énucléé, par MM. Velez et E. Grane. — Les auteurs sont partisans de l'énucléation de l'œil sympathisant surtout s'il est atteint de quelque lésion capable de produire l'ophtalmie sympathique. Si l'énucléation ne suffit pas pour éviter que l'autre œil soit atteint, ils conseillent de faire sur la conjonctive du moignon de l'œil énucléé des injections avec la solution suivante :

Cyanure de mercure.	0 gr. 03 centigr.
Acoïne.	0 gr. 30 —
Eau distillée.	30 gr.

Ils ont de cette façon arrêté l'évolution d'une ophtalmie sympathique, et amélioré considérablement une autre qui présentait des symptômes d'irido-choroïdite. Ils donnent ces deux observations en détail.

M. Silva demande si le second malade n'était pas syphilitique, ce qui expliquerait l'amélioration rapide obtenue par les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure. Il rappelle les travaux antérieurs sur le même sujet.

M. Velez répond que ce malade n'était pas syphilitique et que la guérison est due au traitement énergique auquel on l'a soumis, traitement favorisé par l'énucléation de l'œil.

M. Alonso est partisan de la méthode des injections. Il a eu un cas d'ophtalmie sympathique par blessure de la région ciliaire. Le malade ayant refusé l'énucléation, il a employé les injections sous-conjonctivales. Il est d'avis, avec Bouchard, que dans les affections syphilitiques le traitement local a plus d'influence que le traitement général par les injections intra-musculaires.

M. Silva partage cette opinion.

M. Chavez demande qu'on précise le diagnostic d'ophtalmie sympathique. Il a eu des malades syphilitiques qui furent déclarés guéris et qui eurent dans la suite des manifestations de leur

maladie dans un œil. Un traitement énergique fit disparaître le mal. Les injections dans le moignon lui paraissent devoir rendre de grands services.

M. GALINDO dit qu'il a employé les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure dans un cas de blessure grave de l'œil, mais qu'on a dû cependant énucléer l'œil.

M. VELEZ dit que son malade a eu des accidents sympathiques bien qu'il fût en pleine période de traitement antisyphilitique. Il ne pense pas que les injections puissent remplacer l'énucléation, mais qu'elles peuvent donner de bons résultats.

Statistique ophtalmologique, par M. GALINDO (Tulancingo). — Cette statistique s'étend de 1897 à 1903. Il a vu 900 malades et a remarqué la fréquence des conjonctivites catarrhales. Dans les rétrécissements du canal, il n'a jamais employé la sonde. Dans les leucomes il prescrit les insufflations de calomel.

M. U. TRONCOSO pense que l'emploi d'injections dans le canal nasal produit souvent des rétrécissements que des cathétérismes répétés seuls peuvent vaincre par la suite. Il distingue entre les cas infectés et les cas non infectés.

M. H. VÉLEZ distingue les larmoiements par hypersécrétion et par hyposécrétion. Il vante les avantages des sondes creuses de Weber.

M. CHAVEZ. — Souvent il est nécessaire d'employer les injections antiseptiques et les grosses sondes.

Septième session.

Président : M. le Dr URIBE TRONCOSO.

Traitement opératoire de la myopie. 1er Rapport : M. A. ALONSO. — L'auteur examine d'abord les indications de l'opération : âge : de 7 à 10 à 12 ans; acuité visuelle : quand elle est moindre de 1/10e; degré de myopie : 14 à 15 D.; contre-indications : si les verres sont supportés, même quand la myopie est forte, s'il existe des altérations profondes; synchisis du vitré et acuité visuelle très diminuée.

Au point de vue des modes opératoires, il rejette l'extraction immédiate de la lentille, et préfère pour la sortie des masses, la pique triangulaire. Ses résultats ont été bons dans certains cas, l'acuité visuelle fut relevée et les phénomènes congestifs dispa-

rurent. Les accidents consécutifs sont le glaucome, l'irido-choroïdite, l'infection, le décollement rétinien.

L'auteur apporte 5 cas personnels.

2e Rapport : M. L. CHAVEZ (Mexico). — L'auteur fait d'abord l'historique de la question et étudie les conditions de développement de la myopie. Suivant la théorie de Stevens, il a dans quelques cas obtenu de bons résultats par la section des muscles droits supérieurs ou inférieurs.

Il discute beaucoup les prétendues contre-indications de l'opération, et l'a pratiquée même dans des cas où la choroïdite avait amené une cécité presque complète. Son procédé est l'extraction avec discision préalable. Il a pratiqué dix-neuf fois l'extraction du cristallin transparent.

M. GALINDO (Tulancingo) dit qu'une des malades, opérée de ténotomie par le Dr Chavez, a conservé depuis six ans une bonne acuité visuelle.

M. LOPEZ (Mexico) se contente chez les enfants de faire une simple blessure à la cristalloïde antérieure. Les grandes plaies exposent à des accidents de glaucome.

M. U. TRONCOSO. — Il est d'avis qu'on doit seulement opérer les myopies supérieures à 16 D., et celles dont l'acuité est insuffisante même avec des verres. La choroïdite est pour lui une contre-indication.

La deuxième réunion annuelle aura lieu en 1904.

Rapports mis à l'étude :

1° *Etiologie et traitement des affections des voies lacrymales;*

2° *L'ophtalmie purulente cause de la cécité au Mexique. Prophylaxie;*

3° *Etude du sinus frontal au point de vue du traitemen chirurgical des sinusites;*

4° *Indication des cicloplégicos pour la détermination des vices de la réfraction;*

5° *Diagnostic et traitement des affections syphilitiques oculaires.*

Dr A. BEAUVOIS.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE D'AMÉRIQUE

TRENTE-HUITIÈME CONGRÈS

(In *Archiv of Ophtalmology*)

CH. ST.-BULL. **Cinquante cas de glaucome.** — L'histoire post-opératoire montre que les meilleurs résultats sont obtenus quand l'opération est faite le plus tôt possible. Le mieux est de pratiquer l'iridectomie sur les deux yeux.

J. E. WECHS. **Glaucome chronique simple et résection du ganglion supérieur du sympathique cervical.** — L'opération fut pratiquée six fois avec succès rapide, cependant l'iridectomie dut être pratiquée dans deux cas (six semaines et deux mois après) pour des rechutes aiguës. Tous les malades ressentirent des troubles de circulation cérébrale, mais sans danger. L'excision du sympathique est contre-indiquée dans des cas aigus, et dans les cas chroniques simples, l'iridectomie et la sclérotomie doivent être appliqués avant. L'examen d'un ganglion excisé ne laissa voir aucune altération.

D. RISLEY. **Extraction de corps métalliques du vitré.** — L'extraction avec le petit aimant par une plaie préalablement faite au point où la radiographie a révélé le corps étranger est-elle préférable à la méthode de Haab (aimant géant et extraction par la chambre antérieure) ? Il y a danger à déplacer dans le vitré un corps septique, et danger aussi de léser le corps ciliaire, la capsule du cristallin et l'iris. H. Knapp a appliqué autrefois le petit aimant mais depuis trois ans le procédé de Haab lui paraît supérieur et a toujours réussi, sans inconvénients.

L. HOWE. **Confusion dans les procédés d'usage des prismes.** — La question a été présentée et résolue au Congrès international de Madrid (1903).

L. HOWE. **Insertion primaire des muscles oculaires.** — Les recherches de l'auteur n'ajoutent rien aux notions anciennes, pas même les faits de compression possible de la sortie des veines verticineuses par les muscles obliques.

L. MILLIKIN ET DARLEY. **Quarante-deux cas d'ossification dans l'œil.** — Aucun fait n'a été signalé chez l'enfant; la plupart

du temps il y a irritation sympathique. La formation osseuse se produit directement, sans passer par le stade cartilagineux ; dans les exsudats, le plus souvent choroïdiens.

MILLIKIN. **Un cas d'astigmatisme élevé.** — En 1893, le sujet présentait : O.D. — 10 axe H, + 7 axe V, et O.G. — 6 + 4. En 1902 : O.D. — 16,5 + 10, et O.G. — 8,5 + 6, V = O.D. 6/9 ; O.G. 6/6.

HARLAN. **Kyste congénital de l'orbite avec anophtalmie et microphtalmie.** — Au fond du sac conjonctival on sentait une petite masse bleuâtre. Le kyste s'étendait jusqu'au fond de l'orbite sans connexion apparente avec l'œil rudimentaire. On ne trouva que du tissu fibreux, des vaisseaux, des masses pigmentées ; nulle part d'élément rétinien.

VEASEY. **Endothéliome de l'orbite.**

ED. JACK. **Thrombose du sinus caverneux, grippale.** — La question de l'intervention en pareil cas est très discutée, le diagnostic ne pouvant être affirmé qu'après que les lésions sont trop avancées.

ED. JACK. **Double carcinome métastatique : antécédents familiaux de néoplasie.** — Sur vingt-neuf cas de carcinomie métastatique de l'œil, neuf furent bilatéraux, dont huit d'origine mamillaire et un pulmonaire.

ST. JOHN. **Mélanosarcome de la choroïde remplissant l'orbite.** — La tumeur issue de l'œil par perforation adhérait à l'ethmoïde.

W. et G. THOMSON. **Mesure de la réfraction par les cercles de diffusion.** — L'instrument présenté par les auteurs est basé sur l'expérience de Scheiner-Parent : les images étant rendues rouges et blanches à l'aide de verres. Le procédé est particulièrement applicable dans les cas d'opacité de la cornée ou d'abaissement considérable de l'acuité. Il reste à savoir s'il n'est pas trop compliqué pour être utilisé avec des malades d'intellectualité réduite.

W. SWEET. **Traitement de l'épithélioma des paupières par les rayons X.** — Sweet vante les effets d'un tube à vide bas, placé de 15 à 30 centimètres de la tumeur.

W. RING. **Résultats d'une orgie d'alcool méthylique.** — Sur sept sujets : le premier mourut, le deuxième très malade (avec amblyopie considérable), fut rétabli en vingt-quatre heures, les troisième et quatrième n'eurent aucun symptôme oculaire, le cinquième mourut aveugle et comateux, le sixième devint aveugle, avec atrophie papillaire, malgré tout traitement, le septième recouvrit une vision moyenne, 6/200 et 10/200, par la strychnine, sans scotome central, mais avec les autres symptômes de l'intoxication méthylique.

M. WILSON et S. MILES. **Extraction de cataracte et lambeau conjonctival.** — Les auteurs trouvent au large lambeau, suivant Snellen, plus de dangers que d'avantages.

TH. POOLEY. **Deux complications rares de la cataracte.** — L'une est une mort par coma diabétique, huit jours après l'opération ; l'autre, d'un accès de délirium tremens le troisième jour avec enclavement et suppuration du globe. Le traitement préventif avait cependant été suivi.

Dr A. BOUCHART.

ANALYSE DES « ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE »

(Août 1903)

Par le Dr E. SENDRAL

Sur quelques modifications dans les opérations du ptosis, par le professeur F. DE LAPERSONNE. — Le distingué professeur de l'Hôtel-Dieu étudie un procédé par avancement musculaire du releveur de la paupière supérieure qui lui aurait donné d'excellents résultats dans l'opération du ptosis au double point de vue esthétique et fonctionnel. Les observations au nombre de quatre ont été données dans la thèse du Dr Legillon.

(Voir, dans le n° d'août du *Recueil*, les observations du prof. Galezowski à ce sujet.)

Cautérisation étoilée de la cornée, par le Dr A. PÉCHIN. — L'auteur est très partisan de la cautérisation étoilée de la cornée suivie de la technique opératoire indiquée par M. Dianoux : « Cautérisation en étoile avec rayons assez espacés pour éviter la mortification des tissus ; les rayons partent des limites pour gagner le

centre où l'on fait leur ponction pour vider la chambre antérieure ». Voici d'ailleurs les conclusions du travail :

1° Dans le staphylome total ou partiel avec processus hydrophtalmique l'opération de choix est la cautérisation ignée.

Elle est préférable à l'énucléation, qui est dans ce cas une mutilation inutile.

Elle est préférable à la kératectomie, parce qu'elle ramène le globe oculaire à des dimensions, à une forme, et, grâce au tatouage, à un aspect normal.

La kératectomie fait un moignon d'amputation qui nécessite le port d'un œil artificiel et impose à l'opéré pendant toute sa vie des ennuis sans nombre.

Si la cautérisation ignée, qu'il ne faut pas craindre de répéter, afin d'arriver progressivement au résultat voulu, dépasse le but et amène une involution trop marquée, on aura dans la section des muscles droits et dans le tatouage une ressource toujours utile et le plus souvent suffisante.

2° Il y a lieu de pratiquer la cautérisation ignée sur des yeux glaucomateux, staphylomateux et douloureux. Un seul succès obtenu et une seule intervention de ce genre ne me permettent que d'engager mes confrères à y recourir lorsqu'ils seront tentés de faire l'énucléation comme dernière ressource.

La tache de Mariotte et la « région de Mariotte » chez le myope, par A. CANTONNET. — Nous renvoyons nos lecteurs à ce très intéressant travail qui étudie chez le myope l'agrandissement de la tache de Mariotte dont les variations représentent une double importance clinique et pronostique.

ANALYSE DES « ARCHIV FÜR AUGENHEILKUNDE »

(Année 1902, nos 2, 3 et 4)

Par le Docteur A. BOUCHART

O. BREDNER. **Formation kystique dans le cristallin.** — Une domestique de 32 ans, atteinte de cataracte traumatique, présenta plus tard un aspect particulier du cristallin. Celui-ci est séparé en deux masses principales par un espace vide; les parois de ce creux, plus ou moins épaissies et fibreuses présentent par place du pigment. La pupille ovalaire présente une synéchie importante en haut qui se continue avec des débris de capsule. D'autres

débris capsulaires nombreux partent de la fente indiquée dans le cristallin et se portent vers l'iris. L'auteur éloigne l'idée de cysticerque, ou de kyste du vitré ayant migré vers le segment antérieur; de même il ne paraît pas que ce soit un kyste d'origine irienne : le pigment surtout localisé en bas et en avant indique que les rapports avec l'iris n'ont été que temporaires. Il admet, lors du traumatisme une réaction irienne, avec synéchie, qui attira en avant une partie du cristallin : l'espace libre se remplit d'humeur aqueuse. Il ne semble pas que le vitré y ait pénétré, la paroi postérieure du kyste ne présentant aucun orifice.

SCHMIDT. **Inflammations oculaires infectieuses externes dans l'enfance de Wesophalie.** — L'auteur expose la différenciation actuelle des anciennes ophtalmies par leur origine bactériologique, mais il insiste sur les cas à examen microbiologique négatif ou banal. Pour le diplobacille l'examen sur lame suffit; pour le pneumocoque il importe de pratiquer des ensemencements. L'auteur décrit trois types de conjonctivites à pneumocoque de gravité croissant avec la virulence de l'agent pathogène (bénigne; intense avec œdème palpébral et conjonctivite bulbaire; pseudomembraneuse). Dans les cas où le microbe ne peut être trouvé, l'examen clinique suffit parfois au diagnostic : ici se place la question du trachome aigu. L'auteur a trouvé dans un cas le bacille du xérosis et le staphylocoque, mais l'évolution rapide de l'affection fait qu'il repousse le diagnostic du trachome. L'ulcère de la cornée présenta sur trente cas, dix-huit fois du pneumocoque, huit fois du diplobacille et une fois du bacille pyocyanique; et trois fois l'examen fut sans succès. L'auteur reprend ensuite l'idée du danger créé par une conjonctivite préexistant à un traumatisme : d'où l'utilité de soigner et guérir les conjonctivites chez les individus exposés aux accidents.

MAX MEYERHOF. **Blépharoplastie et transplantation.** — L'auteur étudie successivement les lambeaux sans pédicule, la méthode italienne, et les lambeaux pédiculés; ensuite la création d'un sac conjonctival (rembourrage) quand la paupière est entièrement détruite. Pour les adhérences palpébrales (symblépharon), il rapporte un cas heureux traité par transplantation de muqueuse buccale. Il cite un cas sans succès, de Sugiem, où l'on tenta de créer un sac conjonctival pour port d'un œil artificiel, successivement avec de la peau du sujet, avec du péritoine humain hydrocèle (trois fois), et enfin avec de l'œsophage de lapin. Une dernière intervention à l'aide d'un vaste lambeau temporal pédiculé paraît actuellement réussir.

THORNER. **Théorie de la détermination de la réfraction.** — L'auteur distingue la réfraction en dedans, dont le zéro est au point nodal antérieur du système dioptrique oculaire, et la réfraction en dehors, dont le zéro est au point ordinairement occupé par les verres correcteurs et qu'il place à 1 centimètre en avant de la cornée. Il établit un long tableau des différences entre les deux réfractions selon la position du punctum remotum. La différence est notable à partir de — 7 D ou + 7 D. Un ophtalmoscope spécial pour la détermination de la réfraction, inventé par Thorner, est ensuite incomplètement décrit. (Voir *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. de Sinnesorganes*, Bd. 23.)

JOHANN WEIDLICH. **Valeur optique du reflexe pupillaire d'accommodation.** — La netteté de l'image rétinienne dépend de la quantité de lumière admise et aussi de la correction de l'aberration sphérique. Les variations de courbure du cristallin, et particulièrement de sa face antérieure nécessitent une correction par le jeu du diaphragme du système optique. De là la différence d'acuité des sujets atteints de paralysie d'accommodation avec ou sans mydriase.

S. ORSATI. **Examen anatomique d'un œil sympathisant et remarque sur la choriorétinite sympathique.** — Une iridocyclite aiguë survenue dans les deux yeux, à peu d'intervalle, permet de penser à une métastase : les gaines lymphatiques des vaisseaux présentent des nodules que l'on pourrait rechercher à la périphérie du fond de l'œil dans les iridocyclites. Orsati admet une irritation non nécessairement bactérienne. Les lésions sont surtout dans les couches des gros et des moyens vaisseaux de la choroïde, et un peu dans la rétine ; elles sont en décroissant d'avant en arrière, c'est-à-dire vers la papille. La recherche des bactéries fut absolument négative.

SEGGEL. **Influence de la forme du crâne sur l'astigmatisme cornéen.** — Seygel cite deux cas d'asymétrie faciale très accentuée avec astigmatisme considérable : l'astigmatisme est inverse avec le visage long ; et conforme à la règle chez les sujets à maxillaire court et à orbite aplati.

GLAUNIG. **Excavation pseudo-glaucomateuse de la papille.** — Le traumatisme peut créer un glaucome aigu, mais les cas de glaucome simple chronique, post-traumatique, sont plus discutables. Ici l'accident très violent fut suivi d'hémorragie nasale et buccale, lésion rapide du nerf optique, paralysie du facial et

surdité d'origine labyrinthique : tout cela fait penser à une fracture du rocher. La papille présenta bientôt une excavation à pic avec coude des vaisseaux, stase veineuse, décoloration et halo. La tension n'est pas augmentée; la pupille réagit peu mais l'éclairage de l'œil non atteint provoque des mouvements de l'iris de l'autre côté. L'évolution clinique ne fut pas celle du glaucome. Glaunig admet que l'excavation est dûe non à l'hypertension mais aux lésions avec rétraction du nerf optique. Le scotome nasal observé au début indique une lésion de la moitié temporale du nerf optique. Une hémorragie des gaines est peu vraisemblable; Glaunig croit à une atrophie du nerf avec formation de cavernes comme Schnabel l'a décrite, ou a une sorte de cirrhose selon Oppenheim ou Ziegler.

PFLUGK. **Préparation du bord palpébral et des cils avant les opérations bulbaires.** — Pflugk a recherché si les cils d'une paupière normale portent des germes, si ces germes sont plus nombreux dans les blépharites ou conjonctivites; s'il est possible d'éloigner ces germes sans antiseptique. Il existe, en petit nombre, des sujets aux cils sans bactéries; celles-ci sont beaucoup plus nombreuses quand il y a inflammation. Pflugk nettoie le champ opératoire à l'eau et au savon, puis au sérum physiologique. Il applique ensuite une compresse perforée au niveau de l'œil et frotte énergiquement avec un tampon imbibé de vingt gouttes de benzine. Ce procédé n'est pas irritant, très peu douloureux et supérieur aux lavages ordinaires ; il dispense de l'épilation; la benzine est moins irritante que l'éther, l'alcool.

MICHAEL MOHR. **Intoxication iodoformique. Accidents généraux et accidents oculaires.** — L'auteur, à propos de deux cas, dont un présentait une papillorétinite, fait une revue complète de la question.

ORLANDO PES. **Considérations cliniques et bactériologiques sur la conjonctivite catarrhale aiguë.** — Le tempérament lymphatique ou les troubles généraux de la nutrition prédisposent à l'infection ou en rendent la guérison difficile.

Le bacille de Koch-Wecks est identique au bacille de Lœffler, et est très commun dans la conjonctive (*bacillus conjonctivæ communis* de Lawson). L'inoculation au cobaye et le rôle immunisant du sérum de cobaye appuient cette assertion. Dans des cas de trachome localisé, Pes trouva des bacilles de diphtérie dans les sécrétions, et d'autres dans le tissu adénoïde. Il n'admet pas un type clinique constant se rapportant à une infection causée par un

microbe donné, le même agent donnant des cas d'aspect très dissemblables; à ce propos, il critique un travail de B. Amilcare (*Annali di Ottalmol.*, 1899) qui n'admet pas les associations microbiennes sous le prétexte qu'un des agents en présence est un hôte constant de la conjonctive. Dans la plupart des cas l'examen sur lame ne suffit pas; l'auteur recommande aussi de bien examiner l'anatomie de la sécrétion (épithéliale, gélatineuse, filamenteuse). Pes insiste sur deux cas de contagion par le logement; l'hygiène, l'isolement et la propreté sont plus efficaces que les collyres.

K. Hoor. **Indications de la résection du sympathique dans le glaucome.** — L'auteur reproduit les opinions de Ziehe et d'Axenfeld. Après échec de l'iridectomie dans le glaucome inflammatoire aigu il recommande la sclérotomie ou une iridectomie nouvelle. Dans le glaucome simple, l'iridectomie a peu d'effet surtout quand le champ visuel est déjà très rétréci; la résection du sympathique peut être faite. Chez l'enfant les résultats de cette intervention sont inconnus, et il faut s'en tenir à la sclérotomie.

G. Hirsch. **Deux cas d'exophtalmie.** — Dans l'un il s'agissait d'un sarcome de l'orbite, dans l'autre d'une hémorragie rétrobulbaire : il faut faire un diagnostic aussi précis que possible avant d'opérer. Dans ce cas de sarcome la présence d'une dacryocystite ancienne est admise comme ayant appelé et déterminé la localisation néoplasique.

G. Hirsch. **Dacryocystite congénitale.** — Cinq cas sont rapportés par l'auteur. Trois cas ont montré du pneumocoque et l'auteur admet une vaginite pneumococcique de la mère en même temps qu'une imperforation congénitale du canal nasal de l'enfant : aucune intervention chirurgicale; l'expression simple est indiquée mais avec soin de ne pas léser la cornée.

K. Pischel. **Angio-sarcome de la choroïde.**

M. Falta. **Catarrhe printanier.** — Le diagnostic exact importe pour ne pas intervenir chirurgicalement sauf dans des cas très rares. L'auteur après une revue complète de la question recommande l'extrait surrénal et la cure d'altitude.

C. Fröhlich. **Ténotomie et avancement.** — L'issue finale d'une ténotomie chez l'enfant est impossible à prévoir; l'insertion nouvelle après ténotomie n'a pas les caractères de l'ancienne, les succès de la ténotomie sont peu nombreux, incertains; l'opéra-

tion demande pour réussir un muscle antagoniste vigoureux et une acuité suffisante de l'œil strabique. L'avancement sans respecter l'insertion ancienne, reproduit une base solide avec une insertion nouvelle à l'ancienne place. L'opération peut être faite sans chloroforme ce qui permet le dosage. L'auteur emploie une soie tressée, qu'il noue fortement suivant le procédé de Weber. Les sutures passent au milieu du muscle. Pour accentuer l'effet, Fröhlich fixe les sutures à l'oreille (avancement du droit externe). Ce n'est pas en passant les fils plus ou moins en arrière dans les muscles qu'on obtient un effet plus considérable, l'élasticité du muscle variant beaucoup. L'avancement simple ou double suffit dans la majorité des cas. Le ptosis et la tumeur épibulbaire qu'on a reprochés à l'avancement sont transitoires, légers et inconstants. L'effet peut encore augmenter par l'élongation du muscle rétracté, par l'avancement du côté sain. L'opération peut être pratiquée chez des sujets très jeunes, aucun effet nuisible n'étant à craindre ; on peut ajouter les exercices musculaires et aussi développer l'acuité visuelle par le bandeau sur l'autre œil et les verres correcteurs. Dans le strabisme paralytique l'avancement est également préférable à la ténotomie, et même aux trois ténotomies des muscles sains proposées par A. von Græfe : ici encore il est plus rationnel de renforcer le muscle faible que d'affaiblir le muscle sain et fort.

Dr A. Bouchart.

ANALYSE DES « ARCHIV OF OPHTALMOLOGY »

(Année 1902, nos 4, 5 et 6)

Par le Docteur A. BOUCHART

Casey et Wood. **Sarcome primitif de l'iris.** — Déjà analysé.

H. W. Kilburn. **Enophtalmie traumatique.** — Dix jours après une chute sur la tête l'énopthalmie apparut. Kilburn n'admet pas la théorie de la rétraction cicatricielle : il pense à une paralysie du sympathique avec trouble du côté du muscle de Müller et aussi lésion trophique du tissu adipeux de l'orbite.

Ch. Kipp. **Deux cas d'extraction de fer du vitré par l'aimant géant : *procédé nouveau*.** — Kipp utilise la loi des pôles et quand l'éclat de fer est attiré en un point où son extraction pré-

sente des inconvénients il le refoule en utilisant l'autre pôle; il a ainsi extrait, avec succès visuel consécutif, un éclat mesurant 18 mm. × 1 mm. × 2 mm.

KIPP. **Blennorrhée de sac lacrymal, par rhinolithe.** — Déjà analysé.

KIPP. **Streptothrix du canalicule inférieur.** — Déjà analysé.

W. A. HOLDEN. **Parcimonie métastatique du nerf optique avec lésions spéciales des deux nerfs.** — La malade, une négresse de 41 ans, présentait des nodules néoplasiques à l'estomac, au poumon et au foie. Le nerf optique gauche présentait un noyau englobant également la troisième paire (à gauche). La lésion siégeant en arrière du trou optique, le nerf entièrement détruit sur une étendue considérable, et la cécité absolue pendant quatre mois n'avaient pas amené la pâleur de la papille. De l'autre côté, la poitrine supérieure était sclérosée et légèrement dégénérée : ce qui explique le scotome inféro-nasal.

BERNHEIMER. **Preuve anatomique de l'existence de fibres non croisées dans le nerf optique chez l'homme.** — Sur des coupes presque horizontales, colorées selon Weigert, Bernheimer a pu suivre le développement de la substance médullaire et aussi les fibres non croisées.

HUGO LEWIN. **Un cas de vaisseaux tortueux de la rétine.** — Il n'y avait ni hypertension, ni artériosclérose : la papille à bords un peu flous, comme dans les névrites, peut être attribuée à l'hypermétropie considérable du sujet : la tortuosité spéciale des vaisseaux rétiniens chez ce malade paraît congénitale.

MELLER. **Histologie des cicatrices de sclérotomie postérieure.** — L'auteur cite les opinions de Tobler, Terrien, Fuchs, Kästner : dans les deux cas qu'il a examinés il n'y avait aucune filtration par la cicatrice, l'œdème sous-conjonctival des premiers jours avait disparu et l'état de cicatrisation des trois membranes de la coque de l'œil était d'autant plus avancé que l'opération était plus ancienne.

ANDOGSKY et SELENSKY. **Rôle des cicatrices sclérales dans la chirurgie du glaucome.** — L'auteur cite les théories et expériences déjà parues et reprend le procédé de Leber, qui injecte du citrate de fer sous pression lente dans l'œil pour voir la rapidité

de filtration des voies lymphatiques, sur des yeux de lapins opérés. Il est difficilement admissible que l'opération agisse par formation d'une cicatrice filtrante établie pendant que l'œil est très tendu, parce que le premier effet de l'intervention est d'abaisser la tension. L'examen des tissus voisins de la cicatrice montrait une abondance variable de citrate de fer et de leucocytes teintés. La cicatrice est donc perméable mais seulement dans les premiers temps, pendant quarante à cent quarante-cinq jours; la sclérotomie a un effet moins durable que l'iridectomie, même si on la pratique au niveau de l'angle de filtration.

AD. STEIGER. **Acuité visuelle et astigmatisme.** — L'astigmatisme inverse abaisse beaucoup l'acuité, et cause très facilement l'asthénopie. Les degrés faibles d'astigmatisme nécessitent peu la correction tant que l'asthénopie n'apparaît pas. Les degrés plus élevés d'astigmatisme, surtout avec myopie, ne peuvent être laissés sans correction. L'astigmatisme unilatéral abaisse l'acuité plus que l'astigmatisme bilatéral. L'acuité visuelle est la plus élevée dans l'astigmatisme myopique simple, et la plus basse dans l'astigmatisme myopique composé.

MARKOW. **Endartérite oblitérante diffuse de l'acuité de la rétine.** — Markow expose un cas d'oblitération de l'acuité, sans élément spasmodique, et aussi sans embolie on thrombose visible à l'ophtalmoscope. Cependant l'état général et la sclérose vasculaire généralisée du sujet permettent le diagnostic énoncé. Des ventouses de Heurteloup (temporales) et des inhalations de nitrate d'amyle répétées amenèrent un retour de la vision durable et suffisant.

A. DUANE. **Traitement des infiltrations cornéennes par l'huile de vaseline iodée.** — Ce médicament (à 10 p. 100) serait supérieur à l'acide phénique et à la teinture d'iode dans les cas d'ulcère infectieux ou serpigineux de la cornée. Duane l'applique d'abord tous les deux jours, puis il espace davantage les attouchements qui sont peu douloureux, s'ils sont bien limités. La cocaïne est rarement nécessaire.

ZIMMERMANN. **Rétinite albuminurique dans la syphilis.** — L'auteur discute pour savoir si la syphilis causait l'albuminurie ou si celle-ci était indépendante. De plus la syphilis peut donner l'étoile rétinienne péri-maculaire sans albuminurie. Enfin le traitement spécifique intensif n'est-il pas contre-indiqué quand le rein est déjà lésé? Zimmermann institua un traitement mercuriel énergique (quomodo?) et le malade guérit.

A. KNAPP. **Kyste congénital du globe.** — Cet œil (enfant de 2 ans et demi bien portant), présentait un large colobome choroïdien, très ectatique, dont la paroi était constituée par la sclérotique amincie et une fine membrane conjonctive sous-sclérale. Une membranule rétrécit l'orifice, comme un diaphragme ; la face supérieure seule comporte des éléments rétiniens. La choroïde cesse brusquement autour du colobome ; la rétine aussi, à moins que la membranule ne puisse être considérée comme limitante interne. Un cordon relie le nerf optique à un colobome triangulaire du corps ciliaire situé au-dessus et en dehors du colobome choroïdien. La face postérieure de la cornée présente un tissu connectif épais avec glandes.

FR. WEBER. **Chancre induré de la paupière supérieure chez un enfant de 3 ans.** — Après le traitement général, Weber fit une opération plastique et esthétique pour restaurer le bord ciliaire et les cils en particulier.

C. BAR. **Nystagmus réflexe.** — Bar présente six cas de nystagmus consécutifs à des irritations dans le domaine du trijumeau (irritation de conjonctive ou de cornée, corps étranger, catarrhe...).

JARNATONSKY. **Phtisie du globe et sarcome de la choroïde.** — Dans un cas le sarcome de la choroïde avait provoqué une uvéite plastique généralisée, par ses produits de nécrobiose, mais peut-être faut-il admettre pour une part une action microbienne. Dans le second cas (traumatisme, phtisie du globe et sarcome), il est probable que le sarcome préexistait, et n'a pu être causé par l'accident, et aussi que la tumeur et ses produits métaboliques sont la cause de l'iridocyclite qui a conduit à la phtisie.

HEINE. **Anatomie de l'œil myopique.** — L'auteur reproduit ses idées déjà connues : sur le rapport entre le muscle ciliaire et l'état de réfraction ; sur la non-existence d'une accommodation négative (chez le pigeon) ; sur la conformation de la papille selon la réfraction, et sur les taches blanches et noires de la sclérochoroïdite postérieure myopique ; ce ne sont pas des traces d'inflammation choroïdiennes mais d'altération de l'épithélium pigmentaire de la rétine. L'examen de décollements guéris montre également des migrations de pigment.

MEDING. **Epines de châtaigne dans la cornée.** — L'extraction étant impossible, toute tentative menaçant l'iris et le cristallin,

la guérison eut lieu en partie par résorption, et pour quelques autres, l'extraction fut ensuite possible, un ulcère ayant débuté autour des épines non résorbées.

Dr A. Bouchart.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

M. Hurd. **Injection nasale de paraffine suivie de cécité par embolie de l'artère centrale de la rétine.** — Deux injections antérieures avaient eu un résultat heureux; pour achever l'effet cosmétique (nez en selle), l'auteur fit une troisième injection, par la pointe du nez, puis à la base : à ce moment le malade se frotte l'œil droit et dit qu'il ne voit plus; une légère ecchymose au lieu de la piqûre indique bientôt qu'une veine a été atteinte. L'examen oculaire pratiqué par Holden montre : pupille large et sans réaction, vision nulle. Rétine claire, veines normales. Artère inférieure vide; la branche supérieure contient encore un peu de sang mais par cylindres séparés. Digitale, nitrite d'amyle, et compression de l'œil avec décompression brusque. L'aspect typique de la papille et de la macula apparut à la troisième heure. Aucune amélioration ne fut obtenue. L'auteur admet l'hypothèse due au Dr Evan, d'une perforation de la cloison interauriculaire permettant le passage d'un corps étranger du système veineux dans le système artériel sans passer par le poumon. (*Med. Rec.*, 11 juin.)

Brooksbank James. **Nouveau périmètre portatif.** — L'appareil en aluminium se compose de tubes rentrant l'un dans l'autre, droits pour le pied ou le support, et courbes pour l'arc périmétrique. Deux disques, l'un à orifices variés, l'autre à couleurs différentes, constituent les tests. (*Lancet*, 18 août.)

H. Ewart. **Gros morceau de verre toléré pendant vingt ans dans l'orbite.** — Cet éclat de 3 centimètres de long, sur 1 de large n'avait en vingt ans donné lieu qu'à un léger abcès huit ans avant, un peu de rétraction de la peau de l'angle interne, et depuis quelques semaines une fistule avec léger suintement. Appliqué contre le nez il ne dépassait pas le septum orbital; l'extraction put être faite au doigt; la pince aurait pu donner lieu à des fragments. (*Lancet*, 1er août.)

Robert Doyne. **Traitement de la rétinite atrophique par l'extrait rétinien.** — Après avoir remarqué combien la faculté

visuelle s'épuisait rapidement chez certains sujets pour reparaître par le repos, et aussi combien était insuffisant l'apport sanguin à certaines rétines, l'auteur eut d'abord l'idée d'user de nitrite d'amyle pour dilater les vaisseaux et par là augmenter l'afflux nutritif rétinien. Ensuite il entreprit de rendre le sang plus riche en éléments favorables à l'activité rétinienne. Le succès a été notable sans qu'on doive en exagérer l'importance : l'augmentation d'acuité affirmée par les malades ne peut cependant être mesurée. Chaque malade consommait 6 à 8 rétines par jour; aujourd'hui il existe un produit du nom de « opticine ». Les cas les plus favorables sont ceux de rétinite pigmentaire, rétinite atrophique myopique, ou amblyopie nicotinique, mais pas l'atrophie optique. (*Brit. med. Journ.*, 25 juillet.)

MAITLAND RAMSAY. **Valeur cosmétique de l'injection de paraffine après l'énucléation du globe.** — Cet article fait suite à celui du même auteur, paru dans *The Lancet* (31 janvier). La technique est légèrement modifiée : chaque muscle saisi sur un crochet est traversé par un fil que l'on noue, l'adrénaline et l'eau chaude arrêtent l'hémorragie. La cavité bourrée de gaze est suturée, séchée, puis on enlève la gaze avant de serrer la suture en bourse et la paraffine est injectée. La seringue est en métal avec anneaux pour les premier, deuxième et troisième doigts. La suture est serrée sur la canule, puis les muscles sont affrontés deux à deux. La réaction est plus grande que dans le procédé où la suture continue est passée après le remplissage du sac; il ne faut pas le distendre, mais pourtant tenir compte de la rétraction qui accompagne le refroidissement. La prothèse réussit ensuite très bien avec les pièces ordinaires ou les yeux de Snellen, et surtout après un moulage. Les deux points à surveiller sont : l'asepsie et la régularité de la suture en bourse. (*Opht. Review*, juillet.)

PRIESTLEY SMITH. **Balance pour essayer les couteaux.** — L'auteur place le tambour ordinaire qui sert à vérifier les pointes et les tranchants sur une sorte de balance, et mesure à l'aide de poids l'effort nécessaire pour percer ou pour couper. (*Opht. Rev.*, août.)

Ophthalmie des nouveau-nés. Etiologie et prophylaxie. — S. STEPHENSON expose la proportion des cas de cécité par ophthalmie du nouveau-né, la nécessité du diagnostic bactériologique, les causes d'infection; il reproche à la méthode de Crédé de produire un léger catarrhe. Le protargol et les solutions de sublimé sont bons mais inférieurs au nitrate à 2 p. 100. HERMAN

montre l'ennui qu'il y a pour un praticien à appliquer aux yeux de tout nouveau-né un traitement qui produit un catarrhe; l'effet sur la famille est détestable. Il faut, et seulement dans les cas d'écoulement vaginal, user du sublimé à 1/2 p. 100. W. SWAYNE est du même avis sur ces deux points. TR. COLLINS, pense que c'est l'absence de larmes qui fait la réceptivité des yeux du nouveau-né; il insiste sur les instructions à donner aux sages-femmes. GRIFFITH revient sur la réglementation des sages-femmes à ce sujet. CULLING insiste sur la gravité des conséquences pour perfectionner l'instruction et le contrôle des sages-femmes. P. HORROCKS s'appuyant sur le chiffre de 10 p. 100 d'ophthalmie des nouveau-nés, donné par S. Stephenson, montre que dans 90 p. 100 la méthode de Crédé est sans utilité, et comme elle n'est pas sans inconvénient, il ne faut nitrater que ceux où l'on soupçonne la gonorrhée. BOXALL est d'avis qu'on doit adopter un procédé constant et appliqué en tous cas. SIKES rappelle les difficultés du diagnostic de gonorrhée génitale chez la femme. ENGELMANN vante le protargol à 2 p. 100, ou l'acétate d'argent à 1 p. 100. (*Soc. d'Obstétrique de Londres*, 1er juillet.)

Dr A. BOUCHART.

REVUE DES JOURNAUX HISPANO-AMÉRICAINS

Par le Dr A. BEAUVOIS

Annales d'ophtalmologie de Mexico

(Avril 1903)

L'ophtalmologie au Mexique, par le Dr L. CHAVEZ. — Mise au point excellente et très documentée des progrès de notre spécialité au Mexique. Cet historique aurait besoin d'être complété en ce qui concerne les époques antérieures au XIXe siècle. Nous espérons qu'un de nos confrères mexicains comblera prochainement cette lacune. Au XIXe siècle, le Dr L. Chavez rappelle les hommes qui ont signalé la spécialité : Miguel Miños, fabricant d'instruments; J. M. Vertiz, qui fonda la première clinique des maladies des yeux et fut partisan de l'extraction de la cataracte, contre Carron de Villard partisan déclaré de l'abaissement.

En 1856, M. Carmona y Valle introduit l'ophtalmoscope ainsi que les théories de Von Helmholtz et de Donders, et forme une pléiade de savants cliniciens : les Drs J. M. Bandern, Ricardo, Vertiz, etc.

L'œuvre du Dr J. M. Vertiz surtout fut importante : fondation d'une clinique et d'un hôpital des maladies des yeux. Le Dr Ramos avec sa clinique continua son œuvre. La Société d'ophtalmologie fut fondée en 1893 et tint ses sessions sans interruptions jusqu'en 1898. Elles furent reprises en 1901 lorsque l'éminent oculiste professeur Galezowski vint visiter notre pays. Depuis l'importance de la société n'a fait que s'accroître.

Les Drs Uribe et Velez fondent les *Annales d'ophtalmologie*. Les cliniques particulières rivalisent de zèle et d'activité avec les services de l'État : Hôpital Saint-André, Hôpital de la Maternité, et Hôpital Général. Le Mexique, par ses efforts, par son travail, tient à honneur de se montrer partout, dans tous les Congrès, et de briller par le nombre et l'importance de ses communications.

Valeur comparative des diverses opérations proposées pour remplacer l'énucléation et spécialement des implantations de graisse, par le Dr D. M. Velez (Mexico). — L'auteur dans une revue rapide indique les principales opérations proposées pour remplacer l'énucléation : excision du segment antérieur de l'œil et amputation partielle (Critchett, Panas); neurotomie optico-ciliaire; exentération ou éviscération ; puis il étudie les conditions d'un moignon idéal.

Celui-ci se trouve réalisé dans les cas de kératectomie antérieure sans perte du vitré. Malheureusement, il arrive souvent dans ces conditions que l'œil s'atrophie. Ce fait d'une part, les dangers d'une ophtalmie sympathique d'autre part, obligèrent les praticiens à proposer d'autres méthodes. On songea avec Mules à introduire une sphère de verre dans l'œil. (Voir : Schweinitz, Rapport au Congrès International de Paris, 1900.)

Gersuny proposa les injections de vaseline et fut suivi par Rœhmer, Dianoux, Eckstein, Barraquer. En 1886, le Dr R. Vertiz (Mexico), reprenait les sphères de verre. Après une appréciation sommaire de ces diverses méthodes, l'auteur rapporte une série d'observations (sept), où il employa l'implantation de graisse. Ce fut dans trois conditions différentes : à la suite d'énucléation ancienne, à la suite d'éviscération et pour combler l'espace de Tenon. Les résultats furent excellents.

Un cas exceptionnel de ptérygion. Considérations sur le traitement de cette affection, par le Dr P. de Osarrio (San Salvador). — Voir *Société mexicaine d'ophtalmologie.*

M. E. F. Montano présente un malade atteint d'une **tumeur fibreuse de la sclérotique**, siégeant dans la moitié supéro-

externe du bulbe à 3 millimètres de la cornée. Son apparition remonte à trois ans et l'intérieur de l'œil ne présente aucune lésion.

Doit-on extraire le cristallin transparent d'un œil, quand l'autre est perdu par décollement de la rétine ? — M. CHAVEZ, qui pose cette question à ses confrères, présente une malade myope de — 26 dioptries, à laquelle le Dr Lopez avait prescrit des verres de — 20 dioptries, avec une acuité visuelle de 0,1. Un décollement survient dans un œil, pour lequel on prescrit la compression et les myotiques : ésérine, pilocarpine. Quelle conduite tenir envers l'autre œil qui est encore sain et qui a une acuité de 1/6e avec — 26 D. ?

M. MONTANO est partisan de l'opération, tout en avertissant le malade des dangers qu'elle présente.

M. URIBE TRONCOSO pense au contraire qu'il faut s'abstenir, car le traumatisme opératoire pourrait être fatal à la malade et engage sans grand profit la responsabilité du chirurgien.

M. CHAVEZ dit qu'il désire avoir l'opinion de ses confrères, justement à cause de la difficulté du cas.

M. U. TRONCOSO hésite à se prononcer pour l'opération, parce que celle-ci expose à l'infection, à la perte du vitré et même au décollement.

M. MONTANO croit que l'infection est le plus grand danger, mais qu'il n'est pas plus grand que dans les cataractes séniles.

MM. CHAVEZ et VELEZ estiment au contraire que les deux cas sont bien différents et que les dangers sont très grands avec des myopies aussi fortes.

M. RAMOS pense que la question peut être considérée au point de vue scientifique et sociologique. Dans le premier cas, sans doute, on doit opérer puisque la cécité doit venir tôt ou tard. Mais au point de vue spécial de la malade, il faut faire des réserves à cause de ses exigences et l'avertir très nettement des dangers qu'elle court en refusant et en acceptant l'opération.

Infiltrations cornéennes dans le cours de la périkérato-conjonctivite exubérante (catarrhe printanier), par le Dr J. de GONZALÈS. — Analysé dans le numéro de mai.

(Mai 1903)

Discours du Dr E. LICÉAGA inaugurant la première réunion annuelle de la *Société ophtalmologique mexicaine.* — Voir Analyse de cette Société.

Valeur comparative des diverses opérations proposées pour remplacer l'énucléation de l'œil, et spécialement des implantations de graisse, par le Dr F. Lopez. — Analysé dans le compte rendu de la *Société ophtalmologique mexicaine.*

Disposition anatomique du canal nasal du nègre qui explique sa moindre prédisposition aux affections des voies lacrymales, par le Dr J. Santos-Fernandez. — Ce travail est publié *in extenso* dans le présent numéro du *Recueil.*

(Juin 1903)

Valeur comparative des diverses échelles optométriques. Nécessité de leur unification et de l'adoption d'une unité métrique, par le Dr A. Chacon. — Analysé dans le compte rendu de la *Société opht. mexicaine.*

Un cas de brûlure de l'œil par la potasse caustique et de myopie traumatique, par le Dr A. Alonso. — *Id.*

Disposition anatomique du canal nasal du nègre, par le Dr J. S. Fernandez (fin). — Voir le présent numéro du *Recueil.*

(Juillet 1903)

Étude sur les échelles optométriques. Une nouvelle échelle décimale, par le Dr E. Montano. — Analysé au compte rendu de la *Société Mexicaine.*

L'examen de la vue chez les employés du chemin de fer international mexicain, par le Dr L. Pourquié. — *Id.*

La sympathectomie dans le traitement du glaucome, par le Dr Otto Wernicke (Buenos-Ayres). — L'auteur, reprenant toutes les observations de ce genre qui ont été publiées, note que malgré leur nombre élevé, il n'est pas possible de se prononcer d'une façon exacte sur la valeur du traitement; tout au plus sait-on que les formes chroniques du glaucome sont mieux influencées que les formes aiguës. Il rapporte une observation dans laquelle le résultat a été nettement défavorable. La suppression des myoliques après l'opération fut suivie de la perte de la vision centrale.

Dr A. Beauvois.

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS

Par le Dr A. BEAUVOIS

Annales d'Ophtalmologie (Pavie)
(Année 1903).

1er fascicule.

Contribution clinique et anatomique à l'étude de l'ophtalmie métastatique, par le Dr A. BIETTI, assistant du professeur Axenfeld. — Ce travail a été fait sous les auspices et avec les documents fournis par le professeur Axenfeld, de Fribourg en Brisgau.

Dans une première partie l'auteur reprend l'importante question de l'ophtalmie métastatique au point où l'avaient laissée en 1894 les travaux de Hernnheiser et d'Axenfeld. Il passe en revue les théories diverses émises par les auteurs : Roth (1872), Litters (1877), Leber, et les affections variées à la suite desquelles cette variété d'ophtalmie fut observée (affections cardiaques, maladies infectieuses, etc.). Comme contribution à cette étude, l'auteur relate en détail trois observations intéressantes.

Dans un cas, l'ophtalmie fut consécutive à une affection cardiaque. L'autopsie révéla des altérations rétiniennes et choroïdiennes ainsi que des troubles considérables des milieux de l'œil. L'examen microscopique indiqua la présence du pneumocoque, ce qui fait l'intérêt de l'observation.

Le second cas est celui d'un enfant qui, à la suite d'affection pulmonaire et de varicelle, fut pris d'inflammation des yeux (chorio-rétinite double). La guérison fut complète et le petit malade recouvra l'usage de ses yeux.

Dans le troisième cas, l'ophtalmie métastatique succéda à une infection puerpérale. L'intérêt de ces observations comme le fait remarquer l'auteur réside, dans le premier cas, dans ce fait que le pneumocoque fut trouvé à l'examen microscopique; dans le second cas, dans la marche clinique si heureuse.

Contribution clinique et anatomique à l'épithéliome du limbe et de la conjonctive bulbaire, par le Dr DE BERARDINIS. — Les observations de ce genre sont rares. Le professeur Panas,

il nous souvient, fit pendant les dernières années de son professorat, une leçon à l'Hôtel-Dieu sur cet intéressant sujet. Rogman et Peltesohn ont rapporté des observations. Le Dr Berardinis qui publia un cas de ce genre en 1895 en relate deux autres aujourd'hui. Les examens microscopiques ont été faits dans les deux cas. Des figures accompagnent ce travail.

Gliomixosarcome endophyte de la rétine, par le Dr G. VALENTI, assistant. — L'auteur, après voir fait l'historique de ces tumeurs et indiqué leur marche clinique, leur pronostic et leur traitement, rapporte une observation de ce genre. L'œil fut énucléé et l'examen microscopique pratiqué indiqua un gliomixosarcome.

Fascicules 2, 3 et 4.

Considérations sur l'abaissement de la cataracte, par le professeur G. ALBERTOTTI (de Modène). — Le professeur Albertotti est bien connu par ses travaux d'histoire de notre art, et pour sa profonde érudition. Nous lui devons des œuvres remarquables marquées au coin d'une critique sagace, et d'une science accomplie. Nous citerons pour mémoire, son travail sur *Daça da Valdès*, son étude sur *Benvenuto*, sur la *Valeur de l'œil dans l'expression*, sur la *Dicorie* et la façon dont les statuaires anciens faisaient les pupilles de leurs œuvres. Les sujets les plus divers sont pour lui prétexte à érudition. A propos de l'abaissement de la cataracte, question à l'ordre du jour depuis le congrès de 1900, il nous décrit le mode opératoire de Celse, de Benvenuto et de Bartisch; ces derniers évidemment calqués sur le premier. Les anciens avaient parfaitement reconnu qu'une opération seule pouvait guérir de la cataracte, quoi qu'en dise quelques charlatans modernes qui prétendent l'escamoter comme une noix muscade.

« Et avecques la main destre, dit Benvenuto, tu tiendras ton « aguille dargent, et mectras ladicte aguille de la partie « maindre lacrimable, et pertruisez l'œil en tirant et boutant « illecques jusques a tant que tu touches avecques elle jusques à « ladicte eau putrifiée . . . . . .
« . . . et la faiz descende au bas, etc., et la tiens par telle « manière, par telle espace de temps que l'on pourrait mettre à « dire 4 ou 5 fois le Pater noster. »

Le professeur Albertotti passe rapidement sur les vicissitudes de l'opération de la cataracte par abaissement en indiquant la bibliographie de la question, et il aborde notre époque. Il résume la communication de Truc au Congrès de 1900 ainsi que la dis-

cussion qui suivit et à laquelle prirent part : Panas, Wicherkiewicz, Dor père et Valude. Plus récemment Hirschberg de Berlin publiait une étude sur ce sujet.

Enfin, après avoir indiqué le manuel opératoire d'après les classiques (Mackenzie, Galezowski), l'auteur décrit les différents instruments qu'il a inventés pour faciliter l'abaissement, en particulier ce qu'il appelle son *réclinateur à anse* qui rappelle l'anse de Snellen mais est plus courte, puis le crochet à spire qui sert à dilacérer la capsule du cristallin quand cela est nécessaire. Une importante *bibliographie* accompagne ce travail.

Plusieurs mémoires du *XVI^e^ Congrès de la société italienne d'Ophtalmologie*, tenu à Florence, terminent ce fascicule. On en trouvera l'analyse dans le numéro d'avril du *Recueil d'Ophtalmologie*, pages 206 et suivantes.

Fascicules 5 et 6.

Des mouvements de rétraction de l'œil et de l'amincissement de la sclérotique dans les anomalies musculaires congénitales, par le D^r^ A. Bietti. — Les cas de ce genre sont rares. Le D^r^ Bietti a eu l'occasion d'en observer quatre, deux à Rostock et deux à Fribourg.

L'aspect clinique est en général le suivant :

a) Abolition ou limitation des mouvements d'abduction;

b) Limitation moins constante et ordinairement moins prononcée des mouvements d'abduction;

c) Rétraction du bulbe dans les mouvements en dedans;

d) Rétrécisssement plus ou moins notable de la fente palpébrale, quand se manifeste la rétraction de l'œil.

Suivent les deux cas observés à la clinique de Fribourg.

Dans une dernière observation, l'auteur rapporte un cas d'amincissement de la coque sclératicale, accompagnant un strabisme interne.

Cas intéressant d'iodisme aigu avec opacité polaire antérieure du cristallin, par le D^r^ Corda. — L'auteur insiste d'abord sur l'extrême rareté de cas semblables, et indique quelques-uns des procédés employés pour la maturation artificielle du cristallin. Il relate ensuite son cas très curieux où l'absorption d'une dose quotidienne d'iodure de potassium détermina des opacités du cristallin.

Dans ce même numéro se continue le Congrès de Florence.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

De l'atrophie tabétique du nerf optique et de son traitement, par le Dr P. Fabre (Thèse de Paris, 1903). — L'intéressant et si documenté travail de notre confrère le Dr P. Fabre, mériterait mieux qu'une brève analyse. L'auteur a eu à sa disposition les archives du professeur Galezowski et il a pu ainsi nous apporter des documents nouveaux.

Après un historique du sujet, le Dr Fabre aborde les importants problèmes soulevés par la pathogénie et l'étiologie de cette affection. Adoptant les idées de son maître, il considère la syphilis comme le facteur étiologique le plus important. Il conclut avec le prof. Galezowski en disant qu'un système nerveux déchu par hérédité directe ou indirecte, rendu plus vulnérable par des intoxications répétées d'origine externe ou interne, sera favorable à l'éclosion des lésions.

L'étude des symptômes retient longtemps notre confrère le Dr P. Fabre, qui insiste surtout sur la période préatrophique. En effet, la maladie décelée à cette période et soumise à un traitement énergique pourrait être enrayée.

La question du traitement a été traitée avec le plus grand soin par l'auteur. C'est une exposition très nette et très complète de l'enseignement du prof. Galezowski à sa clinique.

Après un essai infructueux des différentes préparations de sels solubles ou insolubles en injections intra-musculaires, notre maître s'est nettement déclaré en faveur des frictions mercurielles pendant deux années et plus. Les résultats obtenus ainsi ont été encourageants.

Avec MM. Galezowski et Dor, le Dr P. Fabre repousse l'usage de l'iodure de potassium, qui fatigue le malade sans favoriser l'action du mercure. Devons-nous ajouter que les débats récents qui ont lieu sur cette importante question de l'iodure à la *Société médicale de l'Élysée* viennent confirmer en tout point les idées de notre maître. Il est temps qu'on réagisse en effet contre la routine et qu'un usage plus judicieux soit fait d'un médicament qui dans certains cas peut être si précieux.

La conclusion de ce travail empruntée aux prof. Galezowski et Grasset est la suivante : la guérison clinique, la rétrocession des symptômes et les temps d'arrêt sous l'influence du traitement spécifique, sont suffisants pour que le clinicien ne se décourage

pas et donne *larga manu*, le traitement mercuriel pour arrêter le mal dans son évolution.

Nous regrettons de ne pouvoir donner ici qu'une rapide esquisse de cet intéressant travail. Tout au moins devons-nous féliciter le Dr Fabre de son étude si documentée et le remercier d'avoir essayé la solution d'un des plus importants problèmes thérapeutiques de notre spécialité. — Dr Beauvois.

Sans énucléation. Traitement des blessures graves et des maladies graves de l'œil, par le Dr Spilios Charamis (Athènes). — Le Dr Spilios Charamis poursuit à Athènes le bon combat contre l'énucléation. Il paraît qu'il y a fort à faire sous ce rapport dans la patrie de Démosthène. On énuclée à outrance. Aussi le Dr Sp. Charamis, ancien assistant de notre maître le professeur Galezowski, et pénétré des idées qui ont cours chez nous, a-t-il voulu montrer dans un travail très documenté, que l'énucléation devait être une opération rare, après échec de tous les autres moyens thérapeutiques. Son travail considérable (près de 200 pages du format in-8) publié à Athènes (1903), est divisé en cinq chapitres, qui traitent successivement des traumatismes graves de l'œil, des corps étrangers et de l'emploi de l'électro-aimant, des autres maladies graves de l'œil, des opérations qui de nos jours remplacent l'énucléation (kératectomie combinée, exentération, etc.).

Après avoir passé en revue toutes les théories et toutes les méthodes de traitement employées dans les blessures et les maladies graves de l'œil, l'auteur se déclare contre l'énucléation, et partisan fervent du traitement antiseptique, ou des opérations qui remplacent l'énucléation.

A l'appui de sa thèse, il présente plusieurs guérisons obtenues dans sa clinique d'Athènes. Il puise aussi cette opinion dans les écrits des plus éminents maîtres en ophtalmologie : Galezowski, Smith-Rimpler, Taylor, etc., et surtout dans les archives si riches de la clinique de son maître le prof. Galezowski. Grâce aux progrès de l'antisepsie, l'ophtalmie sympathique est devenue rare, l'énucléation devra donc n'être qu'une dernière ressource. L'auteur s'étend enfin sur les amputations partielles, sur la névrotomie optico-ciliaire, l'opération de Krönlein, etc. Nourri à l'école du prof. Galezowski, pendant les quatre années qu'il est resté à la clinique de la rue Dauphine, le Dr Spilios Charamis s'est souvenu de cet enseignement, et, dès son arrivée à Athènes, a tenu à exposer les données les plus modernes de l'ophtalmologie au public médical. Nous ne doutons pas que, persuasif parce qu'il est dans la vérité, il empêchera à l'avenir des mutilations trop hâtives, et que

ses confrères convertis par ses sages conseils, hésiteront à énucléer d'emblée, comme on l'a pendant trop longtemps pratiqué.

Le Dr Spilios Charamis aura ainsi bien mérité de son pays et de la science. — Dr Beauvois.

Les collyres d'iodure de potassium en ophtalmologie, par le Dr A. Leprince. — L'auteur est très partisan de ces collyres qui lui auraient rendu un excellent service dans une cataracte infantile, deux épiscléries et une iridocyclite ; l'amélioration a été rapide et la guérison est survenue dans un temps plus ou moins éloigné, suivant la gravité de l'affection. L'auteur emploie dans sa pratique les solutions à 1 ou 2,50 p. 100.

Nous avons pour notre part étudié l'action de l'iodure de potassium en collyre dans plusieurs variétés de cataractes et n'en avons jamais obtenu aucun effet, bien que le traitement eût été suivi pendant près d'un an dans un cas. Mais nous devons ajouter que dans les maladies oculaires relevant de l'arthritisme ou du rhumatisme les effets en sont parfois très remarquables ; nous avons essayé chez deux malades les injections sous-conjonctivales de la solution iodurée qui ont été si douloureuses que le malade n'a pas voulu accepter une deuxième intervention.

Il est donc intéressant de publier les observations concernant ce traitement que notre éminent maître le Dr Galezowski a depuis de longues années introduit dans sa pratique, soit dans le traitement des taies, soit dans les affections arthritiques de l'œil.

Ajoutons que ces solutions iodurées sont parfaitement supportées et que nous les employons à la dose de 0 gr. 25 pour 10 grammes sans avoir jamais constaté aucun inconvénient, même après un emploi prolongé de plusieurs semaines. (*Annales médico-chirurgicales du centre*, 1er août 1903.) — E. Sendral.

Traitement de la sinusite aiguë, par le Dr Bourragué. — L'étude de la sinusite ne peut qu'être très intéressante pour les ophtalmologistes, aussi sommes-nous heureux d'attirer l'attention sur le travail de notre confrère. Il recommande les fumigations avec des décoctions de plantes aromatiques additionnées d'une cuillerée à café par litre d'eau de la solution mentholée :

Menthol	5 gr.
Goudron.	250 gr.

Ces fumigations peuvent se répéter deux à trois fois par jour et pendant une durée de cinq minutes chaque fois.

En cas de douleurs violentes, faire deux à trois pulvérisations

intra-nasales par jour d'une solution de cocaïne et d'adrénaline pour combattre le gonflement de la pituitaire, cause des sécrétions dans l'autre et des douleurs sous-orbitaires. La solution employée par l'auteur est la suivante :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1,000. . .	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	0 — 30
Eau de laurier-cerise	5 —
Eau distillée.	25 —

(*Rev. de laryngologie* et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1903.) — E. SENDRAL.

Traitement du strabisme, par A. TROUSSEAU. — Il faut avant tout, dans ces conditions, bien distinguer la paralysie du strabisme : la première caractérisée par la diplopie et la limitation des mouvements du globe de l'œil dans le sens du muscle paralysé; tandis que, dans le strabisme, l'organe dévié conserve ses mouvements, pendant l'occlusion de son congénère, et il y a absence de toute diplopie, puisque la vision binoculaire est supprimée. Le strabisme paraît dû, quand on veut aller au fond des choses, à des troubles d'innervation de convergence, dont le siège est dans le cerveau et qu'on peut rattacher soit : 1° à des *causes cérébrales*, maladies nerveuses de la première enfance, convulsions, vices de développement de l'encéphale, dégénérescence; soit 2° à des *causes oculaires*, vices de réfraction, altérations de l'acuité visuelle par lésions de l'un quelconque des milieux transparents du globe oculaire ou de la rétine.

D'où l'infinie quantité de procédés proposés pour lutter contre le strabisme; et le précepte absolu de n'adopter un mode de traitement qu'après avoir examiné avec le plus grand soin : *a*) l'état cérébral du sujet, *b*) sa réfraction, *c*) le degré de son strabisme.

Avant tout, on devra rechercher l'hypermétropie, la myopie, l'astigmatisme, l'anisométropie; et à l'aide du périmètre, qui fournira, dans ces conditions, des résultats aussi exacts que possible, on mesurera l'angle de déviation.

Deux ordres de traitements sont alors à notre disposition : 1° le *traitement optique*; 2° le *traitement chirurgical*.

TRAITEMENT OPTIQUE. — Le premier a pour but le rétablissement de la vision binoculaire, et n'a chance de succès qu'autant que des transformations définitives n'existent pas encore dans l'appareil visuel; car, dans le cas contraire, on ne peut rien attendre de cette méthode thérapeutique. Pour M. Trousseau, cliniquement parlant, les seuls malades, ressortissant à ce trai-

lement, sont ceux dont la déviation est mobile, disparait par le port de verres correcteurs ou par l'atropinisation, même si elle se reproduit quand on enlève les lunettes ou quand on cesse l'emploi de l'atropine, avec cette restriction qu'il n'est guère applicable qu'au strabisme convergent, hypermétropique surtout; alors que, par contre, il ne donne absolument rien dans le strabisme convergent des myopes, pas plus que dans le strasbisme divergent *confirmé*, qu'on doit toujours opérer.

Strabisme convergent. — Il faut, dans ces conditions : 1° corriger le vice de réfraction; 2° réveiller la sensibilité rétinienne.

Pour atteindre le premier but, atropinisation pendant huit jours consécutifs, puis correction totale de l'hypermétropie, de l'astigmatisme s'il existe, enfin égalisation de la vision des deux yeux en cas d'anisométropie. Ces verres devront être prescrits le plus tôt possible, dès que les enfants sont assez raisonnables pour ne pas les détériorer; et portés pendant six mois à un an. Après dix-huit mois au plus, sans amélioration sensible, il faudra renoncer définitivement à ce traitement, pour recourir à la chirurgie.

Le strabisme périodique guérit presque toujours par les verres.

Quant au réveil de la sensibilité rétinienne, on aura le plus de chances de l'obtenir en exerçant souvent et régulièrement l'œil amblyope, après occlusion de l'œil sain. Le retour ou l'apparition de la diplopie donneront bon espoir, et seront une indication de recourir largement au stéréoscope. Mais notre distingué confrère rejette et condamne absolument l'atropinisation prolongée ; l'occlusion alternative d'un œil et de l'autre; les louchettes, les coquilles imperforées, tous moyens qui auraient, à son avis, beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages.

Strabisme divergent. — Ne guérit que dans des cas tout à fait exceptionnels, quand il n'est pas confirmé.

Traitement chirurgical. — Alors seulement doit se poser la question d'intervention chirurgicale. L'âge de choix est de sept à douze ans. On n'est autorisé à intervenir avant cette limite qu'en raison de l'inefficacité bien dûment constatée du traitement optique prolongé pendant un an, et si l'on prévoit des modifications secondaires définitives. Mais, toutes les fois que la déviation augmente, au lieu de diminuer, l'opération devient justifiée à n'importe quel âge. Suivant chaque cas particulier, et suivant le degré de déviation, on aura le choix entre : 1° la *ténotomie*, 2° la *ténotomie combinée à la ligature capsulaire de l'auteur*. 3° *l'avancement musculaire*, 4° *l'avancement capsulaire*. Autant que possible, éviter d'intervenir sur les deux yeux, car il est bien préférable, au besoin, de combiner sur le même organe, la ténotomie et l'avancement. Chez les très jeunes enfants, se montrer

très sobre dans le redressement qui doit être juste suffisant pour obtenir le rétablissement de la vision binoculaire; car autrement on courrait le risque de tomber d'un excès dans l'autre. (*Presse médicale*, 2 mai 1903, n° 35.) — Dr A. YVERT.

Maladie de Basedow aiguë consécutive à l'émotion produite par les exercices de tir, par HAMMERSCHMIDT. — Observation d'un jeune soldat chez lequel on vit se développer successivement tous les symptômes classiques de la maladie en question, à la suite de l'émotion qu'il éprouva, par le fait du bruit et du recul de son fusil, dans ses premiers exercices de tir. Quatre jours après, il entrait à l'infirmerie pour des troubles cardiaques qui firent craindre tout d'abord une lésion valvulaire traumatique, avec myocardite. Puis, au bout d'un certain temps, survint une tuméfaction de la glande thyroïde, qui était animée de battements pulsatiles, suivie, bientôt après, d'exophtalmie surtout prononcée à gauche, avec même, par moment, du tremblement digital. Bref, au bout de six semaines on constatait les symptômes les plus caractéristiques de la maladie de Basedow, sous sa forme aiguë. Comme causes prédisposantes au développement de cette affection, Hammerschmidt invoque surtout, dans le cas particulier, le nervosisme et l'hérédité, d'autant plus que, d'après les recherches de l'auteur, les cardiaques de sa famille semblent avoir présenté presque tous du basedowisme. (*Deutsche militär. Zeitschrift*, octobre 1902.) — Dr A. YVERT.

Epidémie d'oreillons observée au 94e régiment d'infanterie en mai-octobre 1902. Localisations oculaires, par M. le médecin major JOLY. — Travail extrêmement intéressant, pour les ophtalmologistes en particulier, attendu que notre excellent collègue a soumis à un examen approfondi de l'organe de la vision tous les malades atteints d'oreillons, au nombre de 37; et qu'il nous donne ainsi la statistique intégrale et la proportion des cas par lui scrupuleusement observés. Nous lui adresserons, toutefois, en passant, le léger reproche de n'avoir pas cité, parmi les auteurs assez nombreux cependant, dont il rappelle les travaux, ceux de deux médecins de l'armée, dont les noms doivent, assurément, figurer avec un bon rang, dans la bibliographie de ces complications ourliennes : Talon en 1883 et Sendral en 1901.

Quoi qu'il en soit, telles sont les localisations constatées par M. Joly :

a) *Localisation sur les glandes lacrymales.* — Ces localisations ont été observées sept fois sur trente-sept cas, soit dans la proportion de 18,91 p. 100. Ces manifestations ont été le plus

souvent précoces, six fois sur sept. Dans un cas, la fluxion lacrymale précédant la fluxion parotidienne, a pu déterminer le diagnostic. Dans les autres, elle a été observée le jour de l'entrée du malade, concurremment avec le gonflement de la parotide. Une seule fois, la dacryoadénite aiguë s'est montrée sur le déclin de la maladie.

b) Localisations oculaires proprement dites. — Elles ont été constatées treize fois, soit 35 p. 100, avec détermination spéciale sur les membranes profondes, la papille et la rétine.

Ces localisations ont toujours été une manifestation du début, notée dès l'entrée du malade ; et si, dans un cas, l'atrophie papillaire a été observée à la troisième semaine seulement de l'affection, cette atrophie avait été précédée d'une papillite aiguë, en pleine évolution, dès l'apparition de la fluxion parotidienne.

Comme *troubles fonctionnels* signalés, nous relevons :

1° La diminution de l'acuité visuelle, le plus souvent monoculaire, notée douze fois, et variant de $V = 9/10$ à $V = 2/5$;

2° La diminution de l'acuité visuelle, recherchée à l'échelle colorée, généralement plus marquée et descendant jusqu'à 1/5;

3° Le rétrécissement du champ visuel observé cinq fois, concentrique, sans découpure par scotome latéral, sans scotome central;

4° Le rétrécissement pour les images colorées, constaté trois fois et accompagnant toujours le rétrécissement pour les images non colorées.

Un malade a présenté de l'achromatopsie.

Quant au pronostic, il paraît assez bénin en général : attendu que, sauf pour quatre malades, ces troubles fonctionnels ont toujours disparu complètement.

Des lésions du fond de l'œil ont été enregistrées à l'ophtalmoscope, sur neuf malades, soit 24,32 p. 100. Elles avaient pour siège à peu près constant, l'émergence du nerf optique, la papille et la partie péripapillaire de la rétine, à l'exclusion de la région maculaire.

Dans un premier ordre de faits, *hypérémie papillaire et rétinienne*, avec coloration rouge intense du fond de l'œil, teinte rose de la papille, turgescence des veines rétiniennes.

Viennent ensuite les cas caractérisés par *un aspect de la papille* qui apparaît blanche, œdémateuse, saillante en rosace, sur laquelle les veines énormes font un coude très prononcé.

Un malade présentait en plus un *halo péripapillaire très net*.

Dans un second groupe de faits, *la papillite* se démontre par une injection très prononcée de la papille, une dilatation veineuse et surtout la formation d'un bourrelet saillant entourant l'excavation physiologique.

L'atrophie blanche peut être la terminaison de ces processus.

Telles sont, en résumé, les particularités, réellement fort curieuses, relatées par notre distingué collègue, et qui expliquent suffisamment les détails dans lesquels nous sommes entrés. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1903, n° 6.) — Dr A. Yvert.

Névrite optique d'origine grippale chez un enfant, par le Dr Gallemaerts. — Un enfant à la suite d'une grippe est atteint de troubles oculaire graves (il compte à peine les doigts à 0 m. 50, on diagnostique : névrite optique double. Il est traité par les pédiluves, les laxatifs légers, l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 50 par jour. En deux mois la guérison est complète. La névrite optique reconnaît assez souvent comme cause l'influenza, mais elle est rare dans l'enfance. (In *Policlinique de Bruxelles*, 1er juin 1903.) — Dr Beauvois.

Un cas de sarcome primitif de l'iris, par les Drs H. Coppez et Jean de Vaucléroy. — Les cas de sarcome primitif de l'iris ne sont point rares. La littérature médicale en possède un certain nombre de cas, mais la question de l'intervention chirurgicale est encore discutée.

L'iridectomie à ciel ouvert du prof. Gayet, sans énucléation, acceptée par Panas, Fuchs et d'autres, n'a pas donné les résultats qu'on attendait d'elle. Dans nombre de cas, il y a eu récidive et on a dû peu après l'ablation de la tumeur, pratiquer l'énucléation de l'œil malade. C'est un cas de ce genre que nous rapportent nos confrères belges.

Chez une malade de 45 ans, l'irideetomie primitive fut suivie trois ans après d'une énucléation pour récidive. L'examen histologique démontra que la tumeur présentait deux parties distinctes : l'une intra, l'autre extra-oculaire et qu'elle envoyait des prolongements beaucoup plus loin que l'examen clinique ne pouvait le déceler.

Les auteurs s'appuient sur cet examen pour poser les conclusions suivantes :

L'énucléation s'impose de préférence à l'excision simple dans les cas de sarcome :

1° Parce que l'ouverture d'un œil sarcomateux est dangereuse au point de vue des récidives locales ou générales;

2° Parce que la suprachoroïde est souvent atteinte dès le début;

3° Parce qu'il peut exister sur l'iris des foyers métastatiques,

sous la forme très inoffensive en apparence de taches pigmentaires congénitales. (In *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 13 août 1903.) — Dr Beauvois.

Des fonctions de la capsule de Ténon, par le Dr L. Wilmart. — Étude anatomo-physiologique dans laquelle l'auteur passe en revue et critique les théories des fonctions de la capsule de Ténon. D'après les traités classiques, elle contribue pendant les mouvements du globe, à maintenir fixe son centre de rotation; puis elle ménage entre ses deux feuillets, un espace lymphatique qui fait communiquer l'espace supra-choroïdien, avec les gaines lymphatiques du nerf optique. Enfin troisième et dernière fonction, elle se comporte à la manière d'une cupule dans laquelle la sphère oculaire peut, aux besoins de la vision, tourner en tous sens sur elle-même. C'est à la critique de cette dernière fonction que s'attache l'auteur, se basant sur le fait de l'union interne au niveau du nerf optique entre la sclérotique et la capsule de Ténon. (In *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 20 août 1903.) — Dr Beauvois.

Pathogénie de la kératomalacie des enfants athrepsiqués, par le Dr Koun (de Bordeaux). — A l'occasion de deux cas de kératomalacie observés à l'hôpital des enfants de Bordeaux, le Dr Koun étudie cette affection et en particulier sa pathogénie. Il passe en revue successivement la théorie de l'encéphalite (de Graefe), les théories mécano-physiques (Fœrster, v. Hippel), la théorie de la xérose (Feuer), la théorie vasculaire (de Schweinitz), la théorie de la kératite neuro-paralytique et enfin la théorie microbienne. Aucune de ces théories n'est complètement satisfaisante.

Appliquant alors à cette affection les données modernes de la biologie, l'auteur fait remarquer que chez les athrepsiques « le terrain » est mauvais, que l'organisme entier est troublé dans sa nutrition. Il se produit alors du côté de la cornée, une diminution de sa sensibilité, un aspect terne, une dessication lente et progressive. L'épithélium est atteint à son tour, et les microbes qui occupent normalement le cul-de-sac conjonctival viennent compliquer l'affection.

En résumé, d'après l'auteur, la kératomalacie est une *kératite* cachectique en prenant ce terme dans le sens d'altération profonde de la nutrition. (In *Clinique opht. de Bordeaux*, mai 1903.)

Dr A. Beauvois.

Le Gérant : Félix Alcan.

6281. — L.-Imprimeries réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — Motteroz, directeur.

INFLUENCE DE L'ALCOOL SUR LA MARCHE DE LA SYPHILIS

ET LES ACCIDENTS POST-SYPHILITIQUES

PAR

Le Dr Prince YAHYA-MIRZA (de Téhéran)

Bien que les cas de syphilis soient probablement aussi fréquents en Perse qu'en France ou dans les autres pays de l'Europe, j'ai pu constater que les accidents post-syphilitiques y sont très rares.

La marche de la maladie elle-même est toute différente : elle est régulière, bénigne, atténuée et n'a pas, généralement, de conséquences fâcheuses pour l'avenir.

Pendant le séjour que je fis à Paris comme externe à la clinique des maladies des yeux du prof. Galezowski, si fréquentée par les médecins étrangers, j'ai eu l'occasion de recueillir un grand nombre d'observations, très intéressantes, d'ophtalmies syphilitiques : *choroïdite spécifique, iritis plastique, kératite interstitielle et ponctuée, atrophie du nerf optique d'origine syphilitique,* etc., etc.

Les formes les plus graves attaquaient l'organe de la vue et il était souvent difficile de démontrer la relation existant entre ces maladies et la syphilis. Pourtant le résultat obtenu par le traitement antisyphilitique ne laissait aucun doute à cet égard.

Après mon retour à Téhéran (mai 1901), j'ai pensé à rechercher les causes de la difficulté du diagnostic dans les cas de ce genre. J'ai recueilli très scrupuleusement les observations de tous les malades ayant suivi un traitement à ma clinique, et je me suis livré à une étude et à un classement très consciencieux de ces observations. Le moindre symp-

tôme, le plus petit renseignement fourni par le malade ont été notés avec soin.

Voici, après l'analyse des dix mille observations oculaires qui ont été relevées de cette façon, les déductions que j'ai tirées de mon étude.

Malgré la fréquence des cas de syphilis parmi les dix mille malades observés, je n'ai rencontré que : 1° treize cas de choroïdite spécifique; 2° trois cas d'atrophie du nerf optique d'origine syphilitique; 3° un seul cas de kératite ponctuée avec des flocons dans le corps vitré; 4° cinq cas d'iritis plastique syphilitique. Je n'ai pas vu, jusqu'à présent, un seul cas de kératite interstitielle. Or, ces vingt-deux malades, sauf les deux atteints d'iritis, étaient tous des buveurs de vin.

M'appuyant sur d'autres expériences faites au sujet de maladies quelconques et donnant les mêmes résultats, j'en conclus que la cause de l'aggravation de la marche et de la fréquence des accidents post-syphilitiques est, dans un grand nombre de cas, l'intoxication alcoolique qui prépare le terrain au virus syphilitique.

On sait, en effet, qu'en Europe la majorité de la population boit au moins une demi-bouteille de vin à chaque repas et que beaucoup de personnes absorbent, en outre, des boissons alcooliques diverses connues sous le nom *d'apéritifs*. Beaucoup d'Européens sont donc intoxiqués par l'abus des boissons à base d'alcool et offrent ainsi moins de résistance à l'infection.

En Perse, au contraire, les nomades, les paysans, le bas peuple ne boivent ni vin ni liqueurs, grâce à la défense religieuse et gouvernementale. Seule, une petite classe de la société s'adonne à l'usage des boissons. La statistique montre qu'il n'y a pas plus d'un alcoolique sur 10,000 habitants à Téhéran, et un sur 50,000 dans les provinces.

Je puis donc donner comme conclusion, en me basant sur les faits observés, que l'alcool, en dehors de tous les méfaits qui lui sont reprochés à juste titre, est un agent qui aggrave sensiblement la marche de la syphilis et prédispose

les malades syphilitiques aux accidents ultérieurs de la plus haute gravité. En ce qui concerne les maladies des yeux en particulier, j'ai pu arrêter à temps les complications chez mes malades en les soumettant au régime sévère et au traitement mercuriel prolongé, selon les indications du professeur Galezowski.

Dr Prince YAHYA-MIRZA.

DE L'ATROPHIE TABÉTIQUE DU NERF OPTIQUE

LA PÉRIODE PRÉATROPHIQUE ET SON TRAITEMENT

PAR

Le Dr P. FABRE

Quand on parcourt un grand nombre d'observations d'atrophies tabétiques recueillies avec soin et relatant les manifestations successives de l'affection, il s'en dégage un type clinique, qu'on reconnaît à certaines variantes près dans chaque observation isolée. En dépouillant ces observations des symptômes accessoires et inconstants, on arrive à donner à la maladie l'expression symptomatique qui lui est propre et la différencie des affections similaires avec lesquelles on serait tenté de la confondre. La maladie prend tournure au point de vue pathologique et se révèle à nous sous des traits bien fidèles.

PHASE LATENTE. — Malheureusement ce tableau reproduit par tous les auteurs est muet sur la scène occulte qui se joue dans nos organes bien avant l'apparition des manifestations diverses dont se réclame la clinique. Cette phase ignorée que nous appelons phase latente, période d'incubation, ou stade d'imprégnation, suivant l'idée encore imparfaite que nous nous faisons des modifications intimes de l'innervation

sensitive de l'appareil de vision, cette phase existe, et elle n'est pas tellement silencieuse qu'un observateur scrupuleux ne puisse en découvrir les signes. Ne savons-nous pas par analogie qu'un état morbide précède l'éclosion de l'affection la plus vulgaire et ne se traduit que par des malaises vagues dont le sujet se montre à peine conscient?

Dans l'atrophie tabétique il existe aussi avant le développement appréciable de la lésion histologique une phase prémonitoire terne et indécise, il est vrai, mais importante à connaître. Elle seule permet d'assigner une limite scientifique à l'affection en deçà de laquelle elle n'est pas et au delà de laquelle elle existe. Dans cette période, d'après M. Galezowski, le traitement peut juguler l'affection naissante. La dégénérescence grise des fibres optiques et des centres visuels n'a pas encore acquis une extension progressive ne permettant plus à l'ophtalmologiste-thérapeute d'attaquer le mal dans sa source. C'est ce chapitre, dont plusieurs pages restées blanches ont été écrites dans divers mémoires par M. Galezowski, que nous chercherons à compléter par les observations prises dans son service ou recueillies dans des travaux récents. Pour interpréter ce début de l'affection, qui peut si facilement échapper au contrôle de nos investigations cliniques, nous ferons tout d'abord une enquête rigoureuse sur le passé du malade. Nous rechercherons ensuite les symptômes fonctionnels de cette première période. L'étude comparative des symptômes oculaires observés nous permettra de déceler la lésion au début, longtemps avant l'apparition des signes ophtalmoscopiques.

Date et bénignité des manifestations secondaires de la syphilis. — D'ordinaire les manifestations secondaires de la vérole remontent de quinze à vingt ans et ont été remarquablement bénignes. Aussi s'agit-il presque toujours de syphilis insuffisamment traitées.

M. Galezowski insiste sur la coexistence d'accidents inflammatoires du côté de la cornée, d'anciennes iritis, de lésions spécifiques du côté de l'ora-serrata, d'exsudations péripapil-

laires survenant avant ou pendant l'évolution de l'atrophie et qui faciliteront le diagnostic de la nature syphilitique du mal.

PARALYSIES MUSCULAIRES. — Dans le tiers des cas, d'après nos observations, les malades ont été atteints de paralysies monoculaires, le plus souvent partielles, intéressant de préférence le nerf oculo-moteur commun ou externe, plus rarement le pathétique.

Le plus souvent une seule ramification du nerf est intéressée, la paralysie est émiettée, dissociée, suivant l'expression de Fournier.

Ces paralysies brusques dans leur apparition et de durée éphémère au début récidivent souvent. Elles se traduisent par de la diplopie transitoire, du strabisme portant tantôt sur un œil, tantôt sur les deux, d'ordinaire convergent.

Le ptosis observé, si le filet qui innerve l'élévateur de la paupière est atteint, est inconstant, indécis et assez fugitif. Le professeur Raymond [1] cite des cas où le ptosis a pu rester douteux et prêter matière à contestation.

ASTHÉNOPIE ACCOMMODATIVE. — Les troubles oculaires limités d'abord à un seul œil deviennent, dans la suite, binoculaires sans être jamais au même degré. D'après nos observations, l'œil gauche serait atteint le premier dans 60 p. 100 des cas. Les troubles de l'œil resté sain se révèlent deux à six mois plus tard, rarement après deux ou trois ans, et exceptionnellement après un intervalle de dix et quinze ans.

Les malades accusent le plus souvent de l'asthénopie accommodative comme premier symptôme. La lecture un peu prolongée devient pour eux une fatigue, bien qu'ils lisent encore les caractères n° 1 de l'échelle typographique. Bientôt la vision au loin diminue peu à peu et progressivement, les malades sont éblouis par un jour trop vif, et ils ne distinguent plus nettement.

1. Raymond, article Tabes, *Dict.* Dechambre.

La vision de près devient elle aussi moins distincte, les caractères fins deviennent confus, la lecture en devient difficile.

Une sorte de brouillard s'interpose entre l'œil et les objets, quelquefois le patient aperçoit des éclairs ou des mouches volantes.

Sensibilité lumineuse différentielle. — La sensibilité lumineuse différentielle subit dès le début des perturbations notables. La plus faible valeur à donner à l'excitant (source lumineuse) est la même que pour un œil sain. Par contre, la sensibilité différentielle, ou pour mieux dire la perception d'une fraction différentielle de l'excitant, nécessite des différences bien plus grandes pour être constatée. Le photomètre clinique différentiel de Charpentier ou de Chibret permet aisément de constater le fait.

Dyschromatopsie. — Depuis la communication de M. Galezowski au Congrès d'ophtalmologie de 1862, la détermination du sens chromatique a acquis une grande importance dans le diagnostic des amauroses et des amblyopies. Signalée dans l'atrophie tabétique par Bénédict de Vienne, la cécité partielle pour les couleurs a été observée dans la suite par Voinow et Leber. Ces auteurs rapportèrent de nouveaux cas justifiant les observations précédentes. Cette cécité partielle est un corollaire à peu près constant de l'atrophie du nerf optique et peut apparaître dès le début de l'atrophie. Annuske[1] aurait rencontré deux fois la cécité des couleurs comme symptôme initial. En général, elle est partielle et porte sur le rouge qui paraît noir et sur le vert qui semble gris. Elle serait due à l'atteinte plus ou moins complète des éléments rétiniens affectés à ces couleurs. Pour nous l'explication serait tout autre. D'après l'expérience physiologique de Young, on peut produire la cécité pour une couleur en excitant la rétine jusqu'à la fatigue par cette couleur. Il y a

1. Annuske, *Von Graef's Arch.*, XIX, 3, page 257.

dans ce cas une excitation trop forte des éléments rétiniens correspondants. Aux premiers stades de la lésion il y aurait sous l'influence du mal une excitation trop forte des éléments rétiniens répondant au rouge et au vert. La perception en serait rendue impossible. Deux observations d'érythropsie survenant par accès au début du mal viendraient à l'appui de notre hypothèse.

Névralgies péri-orbitaires. Zones d'anesthésie. — Ces troubles de la sensibilité peuvent se produire à toutes les périodes de l'ataxie, mais on les trouve plus communément à la période initiale. M. Galezowski a pu constater ces différents phénomènes chez des individus qui ne présentaient encore aucun trouble fonctionnel de la vue et qui revenaient quelques mois plus tard avec une atrophie du nerf optique. Un des malades de la clinique, atteint d'atrophie papillaire au début avec excavation physiologique, accusait des névralgies péri-orbitaires intenses ayant fait croire à un glaucome. On avait voulu faire une iridectomie au patient dans une autre clinique. Ces douleurs siègent en général dans toute la région péri-orbitaire et plus spécialement d'un seul côté. Il existe souvent une zone d'hyperesthésie au niveau de laquelle le moindre attouchement arrache des cris au malade. Ces névralgies peuvent même se propager à l'œil. D'autres fois ce sont des plaques d'anesthésie que l'on rencontre le long des ramifications du nerf de la 5e paire. D'ordinaire elles apparaissent d'emblée, ou bien elles font suite aux douleurs névralgiques et sont en quelque sorte la transformation de l'hyperesthésie.

Myosis palpébral. Épiphora. — D'autres troubles oculaires précèdent l'atrophie ou l'accompagnent. On a signalé un léger myosis palpébral qui dégénère souvent en spasme de l'orbiculaire. L'épiphora étudié par Petrolacci est assez fréquent, ordinairement bilatéral; il s'accentue avec les progrès de l'atrophie et peut être rattaché autant à une légère éversion de la paupière qu'à une hypersécrétion lacrymale.

Myosis. — L'examen extérieur de l'œil permet de constater du myosis, de la raideur myotique dans plus de la moitié des cas et avec forme ellipsoïde de la pupille.

Signe d'Argyll-Robertson. — L'étude des réflexes pupillaires est des plus importantes à cette période. Le signe d'Argyll-Robertson a une grande valeur séméiologique dans la phase du début du mal. Aussi devra-t-on rechereher avec un soin minutieux la perte du réflexe lumineux avec conservation du réflexe accommodateur qui s'observe bien rarement au cours d'autres affections telles que la syphilis cérébrale ou l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Signe de Gowers. — Gowers a signalé à la période initiale des contractions avec dilatations alternatives de la pupille. Mais ce signe a une valeur bien moindre, et manque le plus souvent.

Secousses cloniques des muscles oculaires. — Les secousses cloniques des muscles oculaires sur lesquelles Friedreich a attiré l'attention sont observées exceptionnellement; on les a souvent confondues à tort jusqu'ici avec le nystagmus.

Inégalité pupillaire. — D'après Charcot l'inégalité pupillaire est fréquente et se rencontre associée au myosis dans plus de la moitié des cas.

Absence de rétrécissement du champ visuel et de scotome au début. — En général l'affaiblissement de la vision se fait lentement, mais progressivement. Il est exceptionnel de constater au début un rétrécissement concentrique du champ visuel ou un scotome central.

Examen ophtalmoscopique. — L'examen ophtalmocospique ne révèle à cette période aucun trouble appréciable du côté de la papille. Le premier symptôme observé, serait pour quelques-uns l'hyperémie de la papille optique dont l'aspect

est plus mat, moins transparent. Les vaisseaux capillaires seraient légèrement dilatés. Bientôt la papille pâlit et prend une teinte bleuâtre, mais on n'a plus affaire alors à une atrophie naissante. Aussi doit-on rechercher avec soin les signes précédemment étudiés, les confirmer par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, pour faire un diagnostic précoce et permettre au thérapeute d'intervenir utilement.

A la deuxième période les manifestations oculaires rendent le diagnostic aisé. Les symptômes principaux sont les suivants : rétrécissement du champ visuel, l'hémiopie latérale homonyme ou croisée, les scotomes, la dyschromatopsie, la sensibilité du globe de l'œil.

L'aspect de la papille et les symptômes généraux ne laissent d'ailleurs aucun doute.

A la première période, période que nous appelons préatrophique, il est extrêmement important d'établir un diagnostic.

Sans doute aucune des manifestations individuelles de cette première phase n'a de valeur pathognomonique, et le diagnostic ne peut se baser que sur des présomptions. On en est réduit à faire un diagnostic de probabilité.

Cependant le groupement de ces signes, la recherche minutieuse de l'étiologie spécifique, la constatation de la lymphocytose suffiront s'ils existent, pour engager le spécialiste à traiter le mal non comme une simple maladie d'yeux, mais bien comme une affection générale dont le symptôme nouveau est une des premières manifestations.

Nous supposons le diagnostic établi d'une façon ferme à cette période encore incertaine de la maladie. Quel traitement établir?

Aujourd'hui que les données étiologiques ont permis de rattacher presque sans aucun doute le tabes à la syphilis, il semble que la médication mercurielle s'impose. Certains esprits toutefois se montrent encore récalcitrants. Rien ne peut sauver des ténèbres les individus atteints de dégénérescence grise des nerfs optiques, d'après certains auteurs. Le

traitement mercuriel non seulement ne guérit pas, mais il peut produire des aggravations irréparables dans l'état des malades. Heureusement que ces contradicteurs deviennent de plus en plus rares, et que la grande majorité des spécialistes applique d'emblée le traitement spécifique aux tabétiques.

D'ailleurs, les résultats obtenus dans le tabes par le professeur Fournier avec le traitement mercuriel constituent pour nous un témoignage précieux à enregistrer, et qui pourra s'appliquer à l'atrophie papillaire tabétique.

En premier lieu, Fournier déclare qu'il n'y a rien à attendre du traitement antisyphilitique dans un cas de tabes ancien confirmé.

Dans le cas où le tabes était à une période relativement peu avancée, Fournier a obtenu du traitement spécifique trois ordres de résultats :

1° Assez souvent divers symptômes du tabes ont été favorablement influencés, sans que la maladie fût modifiée dans son ensemble ni enrayée dans son évolution progressive.

2° Dans des cas plus rares, le traitement spécifique a exercé une influence salutaire sur l'ensemble de la maladie qui était enrayée pour un temps. Le malade se trouvait quelquefois ramené à un état qui équivalait à une guérison passagère, mais tôt ou tard la maladie reprenait son cours fatal.

3° Enfin dans un nombre de cas plus rares la maladie a été immobilisée d'une façon définitive.

A ceux qui seraient tentés d'objecter que de pareils résultats ont été obtenus chez des individus qui n'ont pas été soumis au traitement spécifique, voire même en dehors de tout traitement, Fournier objecte : le rapport chronologique entre l'administration des remèdes spécifiques et l'atténuation des symptômes morbides a été trop immédiat, trop étroit pour qu'on n'y doive voir qu'une simple relation d'éventuelle coïncidence. D'autre part, les effets obtenus ont été durables, persistants, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de rémission spontanée des symptômes tabétiques.

Reste pour M. Galezowski et les partisans de l'origine syphilitique du tabes et de l'atrophie tabétique la question de savoir ce qu'on obtiendrait de l'administration du mercure dans les cas d'atrophie ataxique naissante. Galezowski s'est fait depuis longtemps le défenseur du traitement mercuriel. En 1871, soignant, avec M. Fournier, un notaire des environs de Lyon, atteint d'ataxie locomotrice avec atrophie des papilles au début, il a pu par les frictions mercurielles portées à la dose de 4 à 8 grammes arrêter les progrès de la maladie générale, de même que de l'atrophie de la papille. Cette méthode semble en effet des plus rationnelles. Dans les paralysies des 3e, 4e et 6e paires, le traitement spécifique donne les meilleurs effets. Pourquoi dès lors ne pas admettre que l'atrophie papillaire naissante ne puisse être heureusement modifiée par les préparations mercurielles. Dans le cours de ces dernières années on a publié des résultats heureux, voire même des guérisons assez rares il est vrai. M. Babinski[1] a commencé, il y a déjà fort longtemps, à soumettre lui aussi au traitement hydrargyrique intensif la plupart des tabétiques; il lui semble incontestable que cette médication exerce une action favorable, qu'elle peut atténuer ou faire disparaître quelques-unes des manifestations et arrêter l'évolution du mal dans certains cas. Il fonde son opinion sur de nombreux cas de tabes traités par le mercure et observés déjà depuis de nombreuses années. Un de ses malades chez lequel l'acuité visuelle était de V = 2/3 a vu sa vision améliorée considérablement après un traitement suivi d'octobre en juillet. L'acuité visuelle à cette dernière date est revenue à V = 1 et l'amélioration obtenue persiste, le malade continuant son traitement. Un des malades dont nous rapportons plus loin l'observation, typographe de son métier, avait été obligé d'abandonner sa profession. Suivant le traitement scrupuleusement par les frictions hydrargyriques à la dose de 2 grammes par friction, il s'est aperçu depuis quelques mois d'une amélioration progressive. L'acuité

1. Babinski, *in Thèse Espitallier* 1902. Traitement du tabes dorsal.

visuelle V = 1/6 est revenue à V 2/3. Le malade peut maintenant reconnaître le rouge et le vert, il a pu reprendre ses occupations depuis déjà deux mois. A l'ophtalmoscope la papille présente encore une décoloration blanche, les vaisseaux centraux ont conservé leur calibre normal, mais les capillaires ont en partie disparu.

Ces observations jointes à celles publiées plus loin, inédites ou recueillies dans les recueils périodiques, nous semblent démonstratives; il faut donc instituer le traitement dès les premiers symptômes et le continuer pendant deux ans, d'après M. Galezowski. *Agir quand il est encore temps, telle est la principale garantie du succès, et telle sera notre première conclusion. Un traitement basé sur la proscription du mercure serait une exagération très préjudiciable au malade.*

Mais pour que le mercure soit réellement curatif, il faut savoir le manier. M. Galezowski a insisté avec une ténacité qui ne s'est jamais démentie sur la supériorité des frictions hydrargyriques et a su les défendre avec son autorité et son talent de spécialiste. Abordant le traitement des affections syphilitiques oculaires sans esprit préconçu, sans plan invariablement déterminé à l'avance, et tout prêt à sacrifier ses préférences aux indications du cas particulier, il a expérimenté le traitement par les pilules mercurielles, le sirop de Gibert, les piqûres et l'iodure de potassium pendant sept à huit mois consécutifs. Il a été toujours frappé du peu d'influence du traitement sur les exsudats intra-oculaires et sur les flocons du corps vitré. En présence de ces insuccès partiels, M. Galezowski s'est rallié définitivement aux frictions mercurielles sur les différentes parties du corps à la dose de 2 grammes par jour, et à la condition absolue que le traitement soit prolongé pendant deux ans.

Dr P. Fabre.

DEUX CAS

DE

STIGMATES OPHTALMOSCOPIQUES RUDIMENTAIRES

HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

CHEZ LE FRÈRE ET LA SŒUR

PAR

Le Dr STRZEMINSKI (de Wilna)

Les symptômes de la syphilis héréditaire généraux et oculaires sont bien connus. Pourtant dernièrement plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur quelques autres phénomènes qui antérieurement n'avaient pas été considérés comme hérédo-syphilitiques et qui cependant, comme ils l'ont démontré, dérivent fréquemment de cette maladie. Le professeur Galezowski[1] et après lui le professeur Fournier et Sauvineau[2] ont signalé comme un pareil symptôme l'anneau d'atrophie choroïdienne au pourtour du nerf optique présentant l'aspect d'un staphylome postérieur myopique, bien que les malades n'étaient pas myopes. Galezowski[3] rattache à la syphilis héréditaire différentes affections oculaires congénitales : malformations des organes protecteurs de l'œil, de l'orbite et des voies lacrymales, paralysies des nerfs moteurs des yeux, microphtalmie, astigmatisme et rétinite pigmentaire congénitale, qu'il a vu souvent se compliquer de la kératite parenchymateuse. Fournier[4] a remarqué la fréquence du strabisme et de l'astigmatisme chez les hérédo-syphilitiques. Fournier fils a relevé toutes ces lésions dans son livre sur les affections parasyphilitiques. Antonelli[5]

1. Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1895.
2. *Ibid.*, séance du 10 décembre 1896 (*Recueil d'ophtalm.*, janv. 1897).
3-4. Société de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 15 nov. 1894.
5. *Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire*, Paris, 1894.

considère l'astigmatisme hypermétropique qui, malgré la correction, ne présente pas plus de 0, 5 d'acuité visuelle, comme une suite d'arrêt de développement ou de malformation de l'œil, déteminés par la syphilis héréditaire ; il attribue la rétinite pigmentaire congénitale plutôt à la syphilis héréditaire quà la consanguinité des parents. Si cette dépendance était prouvée, la dégénérescence pigmentaire de la rétine pourrait être la suite de la chorio-rétinite syphilitique évoluant pendant la période intra-utérine, puisque la chorio-rétinite dans la syphilis acquise détermine parfois les altérations, qui, ophtalmoscopiquement et fonctionnellement, ne diffèrent en rien de la forme congénitale de la rétinite pigmentaire.

Horner[1], Fuchs[2], Peltesohn[3] et Wicherkiewicz[4] ont démontré que la kératomalacie peut être produite par la syphilis héréditaire. Ce dernier auteur[5] a de même signalé que certaines kératites, considérées comme scrofuleuses, sont provoquées par l'hérédo-syphilis.

Indépendamment des symptômes mentionnés, on a indiqué la liaison entre le lues congénital et les différentes variétés du fond de l'œil qui étaient décrites antérieurement comme de simples anomalies. Ces variétés furent désignées comme des formes rudimentaires de la syphilis héréditaire. Les observations ayant rapport à cette question ont été publiées par Senn[7], Trantas[8], Alfieri[8], Pisenti[10], Antonelli.

1. *Krankheiten des Auges im Kindesalter*, dans *Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten*, vol. V, p. 327.
2. *Lehrbuch der Augenheilkunde*, Wien, 1898, p. 194.
3. *Deutsche medic. Wochenschr.*, 1898, n. 18.
4. *Postep Okulistyczny*, janvier 1899, p. 1.
5. *Postep Okulistyczny*, janvier, février, mars 1900 (p. 6, 41, 80).
6. *Loc. cit.*; — *Arch. di Ottalmol.*, vol. VI, fasc. 8 ; — Société d'ophtalm. de Paris, séances des 1er mars et 5 avril 1898, et du 3 janvier 1899 ; — Congrès intern. de Paris, section d'ophtalm., séance du 8 juill. 1900 ; Société de médecine de Paris, séance du 14 janvier 1899.
7. *Archiv für Augenheilkunde*, 44 B., *Ergänzungsheft*, p. 147 (1901).
8. Société d'ophtalm. de Paris, séance du 11 octobre 1898.
9. *Annali di Ottalm.*, XXVII, p. 547 ; — *Recueil d'ophtalm.*, 1899, p. 162.
10. *Annali della Facoltà di Medicina dell' Università di Perugia e Memorie dell' Accademia medico-chirurgica di Perugia*, vol. XI, fasc. 1, 1899, dont l'auteur a bien voulu m'envoyer un extrait.

Celui-ci se basant sur quatre-vingt-dix cas, examinés en détail, a indiqué comme des stigmates rudimentaires hérédo-syphlitiques une teinte pâle, grisâtre, blanc sale de la papille en totalité ou par secteurs, son bord légèrement flou ou déchiqueté, souvent entouré d'un cadre pigmentaire, total ou partiel, qui parfois se perd dans la teinte ardoisée de la zone péripapillaire de la rétine; diminution du calibre des artères, irrégularités de ce calibre, effacement des bords, parfois de toute la largeur du vaisseau, surtout au moment où il traverse le bord de la papille, ou à peu de distance de ce bord; légère suffusion rétinienne en différents endroits, compris entre deux vaisseaux, plus fréquemment teinte ardoisée du fond de l'œil, dégradant vers la région équatoriale; albinisme du fond de l'œil chez des sujets à teint brun et cheveux noirs, surpigmentation diffuse chez d'autres à teint pâle et cheveux blonds, pigmentation grenue de la région équatoriale présentant toutes les différentes formes de passage vers la rétinite pigmentaire ou la chorio-rétinite disséminée, la marbrure de la partie périphérique (« sénilisme précoce du fond de l'œil »).

Ce sont des symptômes des affections oculaires hérédo-syphilitiques (névrite optique, rétrobulbaire ou papillaire, vasculite rétinienne, chorio-rétinite, etc.) évoluant ou ayant déjà évolué *in utero* ou pendant la toute première enfance et laissant toujours des traces ophtalmoscopiques. Ces traces sont rudimentaires, parce que les affections qui les avaient déterminées étaient légères. Elles n'avaient pas encore attiré l'attention, car fréquemment elles ne produisaient pas d'altérations visuelles; celles qui présentaient un affaiblissement de la vue étaient rapportées à l'amblyopie congénitale[1].

Souvent on attribue l'astigmatisme hypermétropique et l'hypermétropie observés dans ces yeux à l'arrêt de développement de l'œil provoqué par la syphilis héréditaire; la correction totale de l'amétropie n'amène pas une acuité visuelle normale. Néanmoins, pour établir le diagnostic,

1. *Recueil d'ophtalm.*, mai 1898, p. 281.

on doit avoir en vue non seulement les symptômes isolés, mais le syndrôme.

A la suite des travaux de Fournier, Galezowski, Fournier fils, inspirées par eux, ont paru une série d'études qui ont précisé ce qu'il fallait entendre par hérédo-syphilis oculaire et quelles manifestations du fond de l'œil il fallait y faire rentrer. Alfieri a observé chez les hérédo-syphilitiques au bord de la papille le liséré pigmentaire se perdant dans une teinte ardoisée de la zone péripapillaire de la rétine, obscurcissement des bords des papilles et de ses vaisseaux, dépigmentation de la périphérie. Trantas a constaté la pigmentation grenue de la région équatoriale et la dénudation du pigment par foyers ronds et réguliers qui se confondaient facilement avec le reste du fond de l'œil, si on n'examinait avec grande attention à l'image droite.

Senn a recueilli un très grand nombre de cas (64) de stigmates rudimentaires oculaires hérédo-syphilitiques. Il n'approuve pas en tous points l'opinion des auteurs cités ci-dessus; pourtant il constate que dans les cas dans lesquels, en l'absence de lésions pathologiques, la correction de la réfraction ne donne pas une acuité visuelle parfaite, on peut assez fréquemment à un examen attentif du fond de l'œil, paraissant de prime abord normal, trouver des manifestations d'une affection très chronique de la rétine et de la choroïde. Dans quarante-deux cas sur soixante-quatre les commémoratifs et les symptômes généraux indiquaient l'existence de la syphilis héréditaire; dans quarante et un cas le traitement spécifique a déterminé une amélioration considérable de l'acuité visuelle et un élargissement du champ visuel.

Dans tous les cas était commune l'absence du pigment rétinien dans certaines places parfaitement limitées, dans lesquelles on voyait clairement les vaisseaux de la choroïde. Ces taches s'étendaient le plus fréquemment sur la périphérie, plus rarement elles se trouvaient sur la périphérie et au pourtour de la papille, la région équatoriale pouvant être dans ce cas fortement pigmentée et accuser une teinte brune foncée;

le plus rarement elles formaient des secteurs se dirigeant de la papille, pour la plupart, en haut et en bas. Dans l'étendue de ces taches la choroïde présentait une teinte gris sale qui se transformait parfois en gris bleuâtre, parfois elle semblait couverte d'un léger exsudat rétinien. Ces taches accusaient des petits points ronds, noirs ou jaunes, distinctement limités. Les points existaient constamment, bien qu'il n'était pas toujours facile de les apercevoir. La couleur de la papille variait du blanc ou du jaune jusqu'à la couleur de l'atrophie de la teinte observée dans la rétinite pigmentaire, ce qui dépasse déjà la sphère des stigmates rudimentaires.

Le champ visuel était rétréci; on observait une grande proportion de l'astigmatisme cornéen, de la myopie monoculaire et du strabisme. La proportion des cas de stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires hérédo-syphilitiques aux cas de toutes les affections oculaires (y compris les anomalies de la réfraction) montait chez Senn jusqu'à environ 1 p. 100. Selon ce dernier, les stigmates rudimentaires sont une conséquence d'une forme légère de la syphilis héréditaire.

Sauvineau[1] rencontrait les modifications pigmentaires assez fréquemment chez les hérédo-syphilitiques, mais aussi non moins souvent chez des sujets manifestement indemnes de toute syphilis, soit héréditaire, soit acquise; il ne les considère donc que comme de simples stigmates de dégénérescence pouvant tenir au lues congénital, mais aussi pouvant être liés à toutes les autres hérédités pathologiques. Par contre, il rattache directement à la syphilis héréditaire les traces de névrite optique. Dreyer-Dufer[2] s'associe à ce dernier et tient les modifications pigmentaires pour les stigmates de dégénérescence.

J'ai eu l'occasion d'observer dans la syphilis héréditaire à la première et à la deuxième génération de pareils stigmates rudimentaires, accompagnés des symptômes franchement caractérisés. J'ai publié deux de ces observations en 1898 et

1. *Recueil d'ophtalmologie*, mai 1898, p. 274.
2. Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 3 janvier 1899.

1901; elles se rapportaient aux petits-enfants de sujets qui ont eu la syphilis acquise ; c'était l'hérédo-syphilis à la deuxième génération.

Dans le premier cas[1], à côté d'anomalies congénitales multiples (colobome de deux iris en forme très rare, absence congénitale des droits externes, rétinite pigmentaire, atrophie de la moitié droite de la langue, altérations fonctionnelles du cerveau) et des symptômes hérédo-syphilitiques (choroïdite aréolaire, kératite parenchymateuse, affaiblissement de l'ouïe de l'oreille droite), on observait l'astigmatisme hypermétropique et, comme stigmate rudimentaire, un arc pigmentaire entourant la pupille droite en dehors et en haut, à gauche en dehors. Le père du malade, atteint d'hérédo-syphilis à la première génération, à côté des traces de l'évolution de cette maladie, présentait la teinte grisâtre des papilles et le liséré pigmentaire qui les limitait, dans l'œil gauche totalement, dans le droit en haut et en dehors.

Dans le deuxième cas[2] le malade présentait l'aspect général hérédo-syphilitique, les dents de Hutchinson, la choroïde aréolaire, la kératite parenchymateuse, l'astigmatisme hypermétropique et des stigmates rudimentaires ; dans l'œil droit la pigmentation en pointillé très fin de la moitié temporale de la papille et un cadre pigmentaire entourant sa moitié nasale, dans l'œil gauche le liséré pigmentaire au pourtour de la partie temporale de la papille dégradant en teinte ardoisée de la rétine péripapillaire et la marbrure de la partie périphérique. Le père du malade, en outre des traces de syphilis héréditaire, accusait les papilles petites et grisâtres.

En résumant ce qui est décrit des stigmates rudimentaires ophtalmoscopiques hérédo-syphilitiques, nous voyons qu'ils consistent dans des modifications pigmentaires de la rétine, obscurcissement des vaisseaux, changement de leur calibre et de l'aspect de la papille qui devient pâle ou grisâtre et présente parfois des bords voilés. Ces altérations, bien que faiblement

1. *Recueil d'ophtalmologie*, octobre 1898, p. 545.
2. Von Graefe's, *Archiv für Ophthalmologie*, 53 B., 2 H. (1901), p. 360.

accentuées, déterminent l'affaiblissement de l'acuité visuelle et le rétrécissement du champ visuel, qui après le traitement antisyphilitique pour la plupart cèdent complètement ou en grande partie.

Puisque le caractère hérédo-syphilitique des stigmates rudimentaires mentionnés est contesté par différents auteurs et que cependant si ce caractère était prouvé leur importance aurait été considérable en conduisant au diagnostic en absence des autres symptômes de la syphilis héréditaire, je crois que la publication des observations se rapportant à cette question est d'une certaine utilité. Par conséquent, omettant les cas qui par leur marche ou manque des détails ne sauraient atteindre ce but, je décrirai deux obervations pouvant jeter quelque lueur sur la question.

OBSERVATIONS

B. M., âgé de 10 ans, vint me consulter, accompagné de son frère, le 27 janvier 1901. Il apprenait avec difficulté. En lisant et en écrivant il fronçait les sourcils, clignait les yeux, courbait la tête et se fatiguait promptement. A l'extérieur, les yeux, excepté le strabisme interne de l'œil gauche, ne présentaient rien d'anormal. L'acuité visuelle était de 0,2, le malade ne pouvait lire que le n° 8 Jaeg.; le champ visuel était rétréci de 7°-10°, les couleurs n'étaient distinguées que dans les teintes fortement prononcées.

Le malade présentait le type d'un syphilitique héréditaire. Il était chétif, anémique, petit (âgé de 10 ans, il en paraît bien 7), avec une tête trop grande, des tubérosités frontales proéminentes, aplatissement du nez, grosses lèvres. La teinte de la face était grisâtre, les cheveux rares et secs, les cils faiblement développés, les dents cariées, les muscles grêles, les diaphyses du pied épaissies, les glandes lymphatiques sous-maxillaires engorgées, l'ouïe affaiblie. L'intelligence en rapport avec l'âge était faible. Selon le dire du père, l'enfant était toujours chétif, grandissait lentement,

a commencé tard à marcher (dans la troisième année) et à parler (dans la quatrième); les dents de même apparurent tard, la mémoire était faible.

Les commémoratifs annonçaient qu'avant le mariage le père, il y a seize ans, fut atteint de la syphilis, qu'il se traita pendant deux ans et qu'on le crut ensuite sain. Il se maria avec une femme saine, indemne de syphilis acquise ou héréditaire. Sa première grossesse finit par une fausse couche, le fruit de la seconde était notre malade; plus tard naquirent trois enfants, dont le cadet mourut d'une pneumonie; les deux autres sont sains.

Quelque temps après, je pus établir que les yeux de la mère, ainsi que ceux du père, ne présentent rien d'anormal et sont emmétropes.

L'examen des yeux du malade a démontré l'astigmatisme hypermétropique et les changements suivants.

Dans l'œil droit, la papille dans la moitié temporale accusait la pigmentation en pointillé très petit; un fin liséré pigmentaire l'encadrait au pourtour, excepté en bas, où le bord de la papille était voilé. Sur la périphérie raréfaction du pigment rétinien en deux places (en dehors), son absence permettant de voir distinctement les vaisseaux choroïdiens.

Dans l'œil gauche, la papille était plus petite que dans le droit, un peu grisâtre; dans la partie temporale elle présentait la pigmentation en pointillé; ses artères avaient le calibre réduit. Elle était entourée complètement par un liséré pigmentaire qui se dégradait en teinte ardoisée de la rétine péripapillaire. Sur la périphérie raréfaction du pigment rétinien qui en trois places (deux en dehors, une en dedans) faisait défaut, découvrant le réseau vasculaire choroïdal; dans ces places la choroïde était terne, ce qui n'avait pas lieu dans l'œil droit. Je n'ai pu trouver sur la surface de ces taches, ni dans celles de l'autre œil, les points jaunâtres ou noirs décrits par Senn.

Les verres en rapport avec l'amétropie (convexe 1,25 D. avec convexe cyl. 2 D., axe horizontal pour l'œil droit, convexe 1,50 D. avec convexe cyl. 2,50 D., axe horizontal pour

le gauche) ont augmenté l'acuité visuelle de l'œil droit jusqu'à 0,6, du gauche jusqu'à 0,4 permettant en même temps de lire le n° 3 Jaeg.

Bien que l'aspect du fond des yeux rappelât les stigmates rudimentaires, décrits par les précédents auteurs, et que l'enfant présentât les symptômes généraux de la syphilis héréditaire, je ne crus pas possible de proposer le traitement spécifique, d'autant plus qu'avec les verres l'enfant pouvait lire et écrire sans fatigue. Je voulais attendre que d'autres manifestations éclaircissent plus précisément le caractère des phénomènes ophtalmoscopiques observés. Par conséquent je priai le père de me conduire l'enfant de temps en temps.

Pourtant pendant un temps assez long je ne l'ai pas vu, parce que, comme on m'a dit plus tard, il apprenait bien et était jugé par les parents parfaitement sain. Ce n'est que le 14 février 1902 qu'on me l'a amené par suite de l'affaiblissement de la vision, dont il se plaignait depuis un certain temps.

J'ai constaté dans les deux yeux un trouble de la cornée, grisâtre et diffus, qui occupait la partie inférieure et inféro-centrale et se perdait insensiblement en haut dans la partie transparente. Un examen plus détaillé à l'aide de loupe et d'éclairage oblique a démontré qu'il s'agissait de la kératite parenchymateuse. Les changements du fond des yeux ne différaient pas de ce que j'avais observé une année auparavant.

Toutes les autres maladies pouvant déterminer l'affection de la cornée étant exclues, ayant de plus en vue l'aspect hérédo-syphilitique de l'enfant et les stigmates ophtalmoscopiques, je ne pouvais douter que la cause de la kératite résidait dans la syphilis héréditaire.

On a appliqué quatre-vingts frictions d'onguent hydrargyrique pendant cinq mois et demi, 1 gramme par jour, cinq jours de suite, suivies de bain et de trois jours de repos; au milieu de ce traitement un intervalle d'un mois, pendant lequel le malade employait l'iodure de potassium. En outre, on administrait l'atropine et depuis le milieu de la seconde

moitié du traitement mercuriel jusqu'à sa fin la pommade au précipité jaune d'hydrargyre.

Au début l'état des cornées a empiré; l'affection s'avançait en haut et avait compris la plus grande partie des cornées; ensuite a commencé à apparaître une amélioration et les cornées s'éclaircissaient peu à peu.

Après les frictions, le malade employait pendant deux mois, avec des intervalles, l'iodure de potassium.

Le 25 octobre 1902 l'état du malade était le suivant :

Les cornées sont devenues claires, excepté un trouble insignifiant en bas de ces membranes, qui n'était visible qu'à l'aide de loupe et d'éclairage oblique. Les changements du fond des yeux restaient les mêmes qu'avant. Le champ visuel devint normal, la perception des couleurs et l'acuité visuelle s'améliorèrent. Cette dernière, les mêmes verres étant employés, a remonté à 0,8 pour les deux yeux; l'enfant lisait sans difficulté le n° 1 Jaeg. Ainsi la vision devint meilleure qu'avant l'évolution de la kératite, ce que je ne peux expliquer qu'admettant que l'affaiblissement précédent de l'acuité visuelle dépendait des altérations du fond des yeux et qu'il a cédé par suite du traitement antisyphilitique, bien que ces altérations n'ont pas changé leur aspect ophtalmoscopique.

Visitant de temps en temps le malade, j'ai examiné les yeux de sa sœur, âgée de 8 ans, et de son frère, 6 ans. Chez le dernier je n'ai trouvé rien d'anormal, mais la sœur était affectée d'un astigmatisme hypermétropique et présentait dans les deux yeux un cadre pigmentaire qui entourait la papille en haut et en dehors dans l'œil droit, en dehors et en bas dans le gauche. Ce cadre distinctement délimité de la papille se perdait dans la rétine péripapillaire qui accusait une teinte ardoisée. Sur les papilles quelques points du pigment, sur la périphérie des deux yeux raréfaction du pigment rétinal. Le champ visuel était normal, l'acuité visuelle de l'œil droit 0,4, du gauche 0,5, après la correction de l'amétropie par les verres (convexe 1 D. avec convexe cyl. 1,75 D. pour l'œil droit, convexe 1 D. avec convexe

cyl. 1,25 D. pour le gauche), elle a remonté à 0,7 pour les deux yeux.

L'aspect de la fille rappelait notre premier malade; elle était chétive et de petite taille, bien qu'en moindre degré que son frère, elle présentait une teinte grisâtre de la face, des cheveux rares, des érosions aux angles de la bouche et engorgement des glandes lymphatiques sous-maxiliaires. Elle a commencé à marcher et à parler dans la troisième année, son intelligence était plus développée que celle de son frère.

De même que dans le premier cas, je me suis borné à la prescription des verres et je ne pensais pas au traitement antisyphilitique, étant dans l'incertitude, si je devais considérer les changements du fond des yeux comme hérédo-syphilitiques ou non.

Le premier examen de la fille eut lieu le 16 mars 1902. Dix mois plus tard, le 18 janvier 1903, je fus prié de la visiter.

L'œil droit présentait une forte photophobie, un blépharospasme et un larmoiement. Sur la cornée, près du bord supéro-interne, se trouvait une petite proéminence jaune-grisâtre, entourée d'une zone de la cornée troublée; la conjonctive voisine présentait une injection périkératique. L'enfant était agitée et se plaignait de douleurs. Considérant l'affection comme une kératite phlycténulaire, j'ai appliqué la pommade au précipité jaune d'hydrargyre, l'atropine et les compresses chaudes.

Après plusieurs jours la photophobie et le blépharospasme devinrent plus faibles, mais les autres symptômes ne cédaient pas et même un peu plus tard apparurent deux nouvelles infiltrations, une au centre de la cornée, l'autre en bas. En même temps l'injection périkératique se généralisa et la pupille se rétrécit.

La photophobie et le blépharospasme étant moindres et l'examen plus facile, je pus constater à l'aide de loupe et d'éclairage oblique l'existence de vaisseaux, fins et profonds qui se dirigeaient du bord de la cornée jusqu'aux infiltrations mentionnées.

Le traitement appliqué ne déterminait pas la résorption

des infiltrations de la cornée. En rapprochant l'aspect général de la fille, l'image du fond de ses yeux, les maladies du frère et du père avec la marche de l'affection de la cornée, dont le caractère était en tout semblable à ceux décrits par les auteurs signalés plus haut[1] et qui dépendait de la syphilis héréditaire, je conclus qu'il s'agissait ici, aussi bien que chez le frère, des symptômes hérédo-syphilitiques.

On a administré 70 frictions d'onguent hydrargyrique pendant cinq mois, 0 gr. 75 par jour, avec les mêmes intervalles et la même application alternative d'iodure de potassium que dans le premier cas; en outre localement l'atropine et la pommade au précipité jaune.

Depuis ce temps les infiltrations commencèrent à disparaître, la pupille s'élargit, l'injection périkératique cédait.

Le 12 août 1903 l'œil ne présentait nulle irritation sur la cornée près du bord supéro-interne et inférieur; à la place des infiltrations on voyait des troubles insensibles, qui n'étaient vus qu'à l'aide de loupe et d'éclairage oblique. Le centre de la cornée était parfaitement transparent. L'acuité visuelle (les verres étant les mêmes que précédemment) a remonté à la normale; ainsi, comme chez le frère, elle devint supérieure à ce qu'elle était avant la kératite, ce que j'explique admettant, de même que dans le premier cas, que l'affaiblissement précédent de la vision dépendait des altérations du fond des yeux et qu'il a cédé par suite du traitement antisyphilitique, bien que ces altérations n'aient pas changé leur aspect ophtalmoscopique.

Je dois signaler que le traitement antisyphilitique a agi fort bien sur l'état général du frère et de la sœur. Leur nutrition s'améliora, la teinte de la peau devint plus normale, l'intelligence paraissait plus vive.

Le résultat obtenu par ce traitement se maintient jusqu'à présent chez le frère après onze mois, chez la sœur après deux mois.

1. *Loc. cit.*

Les deux observations indiquent que les changements décrits du fond des yeux étaient d'origine hérédo-syphilitique et que l'affaiblissement de la vision dépendant de ces changements cède complètement ou en grande partie en suite du traitement antisyphilitique.

Dr STRZEMINSKI.

SARCOME MUSCULAIRE

PAR

Les Dr LOPEZ et PIQUERO

(de la Havane)

A la clinique il a été inscrit au mois d'avril une enfant de 2 ans, pour une tumeur de l'orbite gauche, qui avait débuté deux mois auparavant par une petite tuméfaction rouge de la paupière supérieure.

Au moment de notre examen, il y avait une tumeur volumineuse, saillant par derrière la paupière supérieure de 0 m. 03 dans la direction verticale, 0 m. 05 dans l'horizontale, et saillant à peu près de 0 m. 02 en dehors du rebord orbitaire. Elle est lisse, un peu irrégulière, fixe dans l'orbite, indépendante de la peau qui la recouvre qui est violacée, et on sent une fluctuation profonde. Exophtalmie en bas. Peu douloureuse.

Extirpation, après ponction exploratrice qui ne donne aucun liquide. Incision de 0 m. 04 au-dessous du sourcil, se joignant à un débridement de la commissure externe. Dissection de la tumeur qui occupait toute la moitié supérieure de l'orbite jusqu'au trou optique, et adhérait au périoste de la voûte. La tumeur avait une enveloppe fibreuse, kystique, et un contenu granuleux, mou, que j'étais obligé d'extraire par petits morceaux. Peu de vascularisation. Œil respecté.

Le Dr Piquero, dans son examen histologique, a trouvé la tumeur constituée principalement par du tissu musculaire strié. Une prolifération cellulaire embryonnaire ronde et fusiforme pénètre dans les fascicules musculaires, qui se trouvent donc séparés par des traits néoplasiques. Dans certains points les fibres musculaires sont normales et leur striation transverse et longitudinale est vue clairement. Un stroma aréolaire existe à certains endroits et quelques larges lacunes vasculaires dans les parois.

Parmi de larges portions de tissu connectif on voit des cellules sarcomateuses rondes et fusiformes et quelques filaments en spirale de tissu musculaire.

D'après cette disposition, le Dr Piquero croit qu'il s'agit d'une *sarcome musculaire fasciculé à cellules rondes et fusiformes.*

Il est possible que le point d'origine ait été l'un des muscles moteurs de l'œil droit supérieur, ou peut-être l'élévateur de la paupière, puisque la tumeur s'enfonçait profondément dans l'orbite.

LOPEZ et PIQUERO.

LES

MANIFESTATIONS OCULAIRES DE L'IODURE DE POTASSIUM

PAR

Le Dr BOUZITAT (de Moulins)

L'iodure de potassium peut être cause de graves manifestations oculaires : Le professeur Galezowski a attiré l'attention sur ces faits, et s'est déclaré énergiquement contre l'emploi de ce médicament dans le traitement des accidents syphilitiques oculaires.

Nous venons de voir à la clinique de M. le Dr Valois, à Nevers, un cas intéressant d'accidents oculaires dus certainement et uniquement à l'iodure de potassium, qu'on avait ordonné à la malade pour une affection du nez et de la gorge. Elle n'était pas atteinte de syphilis ; donc, sans aucun doute, ici c'est bien le médicament la seule cause des troubles que nous avons pu observer. Voici les faits :

Une malade se présente à la clinique de l'hôpital de Nevers, le 19 juillet 1899 pour la première fois : on ne constate qu'un peu d'hypermétropie et on lui donne des verres. En juillet 1900, elle revient avec un rétrécissement du canal lacrymal des deux côtés : cathétérismes et injections pendant quelque temps. Durant un an elle interrompt tout traitement. Elle est revue au mois de mars 1902, après deux cathétérismes ; elle part à Paris se faire soigner dans une clinique, où, à la fin du même mois, d'après son dire, on lui aurait constaté une ulcération cornéenne lacrymale de l'œil droit, avec, un peu plus tard, nécrose totale de la cornée et prolapsus de l'iris.

Le 18 avril 1902, elle nous revient à la clinique avec une fonte purulente de la cornée droite et larmoiement des deux yeux. On lui fait des cathétérismes et des injections jusqu'au 21 septembre, sans résultat : elle entre alors à l'hôpital. A ce moment la cornée gauche présente une large ulcération que l'on traite avec grand soin (douches, atropine, pommade jaune, nitrate d'argent et larges injections antiseptiques dans les voies lacrymales). Malgré tout l'ulcération s'étend, la cornée devient blanche et complètement infiltrée, la malade perçoit à peine la lumière. Craignant que l'état de l'œil droit atrophié n'eût une influence sur l'autre œil, on en fait l'énucléation le 4 octobre. L'opération ne donne, du reste, aucun résultat, et l'œil gauche empire tous les jours, malgré toutes les médications mises en œuvre.

C'est alors qu'à la fin d'octobre, à une visite du matin, la malade demande si elle doit continuer à prendre de l'iodure ;

ce jour-là seulement elle nous dit avoir absorbé, depuis le 10 juillet, une dose journalière de 4 grammes d'iodure de potassium, sur les conseils de M. Castex, qu'elle était allée consulter pour une affection nasale.

L'iodure est complètement supprimé, et, à partir de ce moment, une amélioration rapide a lieu; nous voyons, sous nos yeux, se produire la cicatrisation de l'ulcère en très peu de temps. L'infiltration de la cornée disparaît, la vue revient.

Actuellement il reste un leucome assez étendu, qui n'empêche cependant pas la vision, puisque la malade peut parfaitement distinguer les objets. Vu l'état assez mauvais du nez, de la gorge, de l'oreille, et surtout des voies lacrymales, nous hésitons à faire une irédectomie qui pourrait peut-être lui rendre une vue très suffisante, sinon bonne.

Chez notre malade, l'action de l'iodure de potassium sur la muqueuse conjonctivale, et surtout sur les glandes de la conjonctive, a été particulièrement exagérée par l'état d'infection des fosses nasales et du conduit lacrymal. Chez toute autre personne l'action de l'iodure aurait consisté en un catharre conjonctival consécutif à la sécrétion exagérée des glandes. Si à la rigueur l'épithélium de la cornée avait été détruit, l'altération se serait bornée là. Mais chez la malade en question, l'infection déjà existante des voies lacrymales avait produit l'infection des glandes conjonctivales; la moindre porte d'entrée a donc suffi pour produire un abcès de la cornée contre lequel nous étions très désarmé, puisque l'ulcération cornéenne était en contact constant avec la sécrétion conjonctivale infectée.

Il ne faut donc pas être trop exclusif et imputer à l'iodure de potassium tous les accidents survenus aux yeux des malades qui en absorbent. Mais il est toute une variété de gens chez qui l'administration de ce médicament exige une surveillance attentive : ce sont ceux qui sont atteints d'altérations des voies lacrymales. Il en est d'eux comme des personnes chez qui l'absorption du mercure provoque des stomatites graves : l'état de leur bouche et de leurs dents les prédisposait en général à ces sortes d'accidents. De même

l'état des muqueuses nasales et oculaires des malades qui nous occupent en font de véritables candidats aux complications cornéennes des conjonctivites lacrymales qui peuvent se produire sous l'influence de l'iodure de potassium.

Dr Bouzitat.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Grunert. **Examen anatomique d'un cas d'ophtalmie sympathique.** (*Klin. Monatsbl. f. Angenh.*, supplément, 1900). — Il s'agit d'une iridocyclite typique, avec papillite, que la présence d'une tumeur cérébrale et d'une néphrite chronique ne suffisent pas à expliquer. Il faut remarquer que dans cet œil qui offrait peu de symptômes, le globe entier était atteint, sauf la choroïde. L'examen microbiologique fut absolument négatif.

Grunert. **Kératite annulaire** (*Id.*). — Grunert s'appuyant sur sept observations personnelles, tente d'établir les différents éléments de cette question : symptômes subjectifs, siège de la lésion, infiltrations séparées ou continues, état du reste de la cornée... L'étiologie ne peut être définie, néanmoins l'affection conserve son individualité et reste distincte de la kératite parenchymateuse. Quelques symptômes permettent une analogie avec l'herpès zoster ou avec la kératite profonde.

Axenfeld. **Cécité psychique** (*Id.*). — L'auteur critique les théories de Leber, Uhthoff, Sibes... sur la disparition de la faculté visuelle par blépharospasme prolongé, cataracte, etc.... Cette cécité psychique, susceptible de disparition par l'exercice, se produit d'autant plus difficilement que l'usage des yeux a pu se faire pendant plus longtemps. Le fait peut se produire sans aucun élément hystérique.

Krukenberg. **Excavation glaucomateuse de la lame criblée sans excavation de la papille** (*Id.*). — L'œil atteint d'abord de glaucome aigu, puis de névrite par stase, fut énucléé et présente une excavation complète de la lame criblée. L'auteur admet que la lame elle-même, refoulée, a provoqué les phénomènes d'étranglement; peut-être cette excavation était-elle congénitale; peut-

être aussi l'excavation était due à un glaucome chronique antérieur et la tuméfaction papillaire en avait dérobé l'aspect.

SCHÜRENBERG. **Le lavage des voies lacrymales selon Neustätter est-il pratique?** (*Id.*). — Ce procédé consiste à appliquer et non à introduire une canule sur le point lacrymal inférieur ectropionné; l'auteur espère éviter ainsi les rétrécissements de canalicule ou d'orifice en ne les dilatant pas. Le tableau de vingt observations présentées par Sch., ne donne pas de résultats constants et surtout aussi sûrs que le procédé d'Anel. L'injection ne passe jamais que par goutte, et lentement. L'idée de Neustätter ne paraît pas plus applicable au diagnostic qu'au traitement.

LELENSKI. **Atrophie congénitale et dentelure des bords palpébraux avec résidus de tarsite intra-utérine.** — L'auteur ne croit pas à des adhérences ammotiques.

P. HAGLUND. **Diplocoque, de Weichsellbaum, dans la conjonctive.** — Le microbe isolé de la conjonctive d'un enfant de 5 ans présente par la culture sur différents milieux, des caractères très différents; mais néanmoins d'une étude générale de tous ces caractères, il résulte qu'il s'agit du diplocoque de la méningite cérébro-spinale, décrit par Weichsellbaum.

BIELSCHOWSHY. **Théories nouvelles sur la vision des strabiques.**

MAYNEG. **Usage de l'électro-aimant** (*Id.*, juillet 1902). — Depuis 1892, Mayneg a pratiqué 92 extractions d'éclats métalliques dont 20 pour des cas à perforation unique, le corps étranger n'étant pas ressorti de l'œil, et n'ayant pas franchi la capsule cristallinienne postérieure. Dans 72 cas, celle-ci était franchie : 47 fois l'extraction par la méthode d'Hirschberg (par la plaie d'entrée) fut pratiquée et donna 11 cécités, 7 énucléations et 29 fois une vision variable. 25 fois, Mayneg pratiqua l'extraction suivant Haab, par la chambre antérieure, 2 fois l'énucléation fut nécessaire et 14 fois la vision disparut. — L'auteur préfère l'extraction par l'incision méridienne (Hirschberg).

STOCK. **Cataracte congénitale** (*Id.*). — Stock décrit des formations cristallines perlées, composées de substance organique (voisine de la mucine) et surtout de carbonate de chaux. De plus, dans cette famille de vingt-trois membres, dix-neuf étaient cataractés.

AXENFELD ET SCHURENBERG. **Ophtalmoplégie cyclique congénitale** (*Id.*). — Il s'agit d'une observation publiée en 1901, avec spasme chronique et rythmique dans la zone parésiée. Les auteurs ajoutent que les phénomènes décrits se produisent aussi pendant le sommeil.

KAYSER. **Coloration verdâtre congénitale de la cornée.** — L'aspect de la lésion rappelle le gérontotoxon, mais de couleur brun verdâtre : le pigment siège dans les couches postérieures, d'origine mésodermique.

ZUR NEDDEN. **Troubles rares de la mobilité de l'œil** (*Id.*). — La paupière inférieure droite est en ptosis; l'accommodation amène de la déviation en dehors (OD). Le regard à droite porte l'OD. en haut et en dehors, le regard à gauche le porte en bas. Zur Nedden admet une bande élastique à la place du muscle droit externe; il n'existe pas de diplopie.

GELPKE. **Valeur diagnostique des électro-aimants** (*Id.*). — Le traumatisme datait de sept ans, le sidéroscope d'Asmus n'indiqua aucun corps magnétique; l'électro-aimant de Volkmann, dès son approche, souleva aussitôt la proéminence irienne qui abritait le débris d'acier, et bientôt l'extraction fut heureusement achevée.

A. ROSCHER. **Bactériologie de la conjonctivite croupale** (*Id.*). — Cinq cas, dont un à gonocoques, deux à pneumocoques et deux à bacille du xérosis; nulle part de bacille de la diphtérie. (A remarquer les deux cas à bacille de xérosis.)

PERGENS. **Achromatopsie acquise avec acuité visuelle normale** (*Id.*). — Une jeune fille de 23 ans, après une fièvre typhoïde perdit le sens des couleurs; aucune simulation, hystérie ou autre cause ne pouvait être soupçonnée; aucune lésion oculaire.

CRAMER. **Guérison complète d'une sidérose totale du globe** (*Id.*). — Un éclat d'acier fut extrait du cristallin, les fibres cataractées furent résorbées, et la sidérose bulbaire disparut.

STEFFENS. **Lésion oculaire dans l'érythème exsudatif multiforme** (*Id.*). — L'auteur décrit des symptômes conjonctivaux, surtout dans la région de l'ouverture des paupières, avec vésicules et noyaux folliculaires; les lésions apparaissent pendant les prodromes et pendant l'éruption.

RUWFLASCH. **Sourcils gris unilatéraux chez l'enfant** (*Id.*). — L'auteur admet des troubles du sympathique.

C. EMMANUEL. **Tuberculose intrabulbaire chez l'enfant** (*Id.*, octobre 1902). — Dans les trois cas l'énucléation fut pratiquée pour glaucome de la rétine : la sclérotique était intacte, on trouva dans le premier un tubercule choroïdien solitaire, dans le deuxième un tubercule scléral postérieur avec participation de la choroïde ; dans le troisième un foyer dans les proces ciliaires, la rétine près de la papille et la choroïde. Emmanuel insiste sur les difficultés de diagnostic et sur le peu de constance de l'hypertension dans les néoplasmes intra-oculaires.

HANDMANN. **Traitement de la tuberculose de l'iris par la tuberculine** T. R. (*Id.*). — Trois observations avec plein succès, sans effets nocifs, feraient de ce traitement une méthode supérieure à l'iridectomie ou à l'introduction d'iodoforme.

A. BLASCHECK. **Deux cas de kératite annulaire** (*Id.*). — Il s'agit de deux cas de catarrhe printanier, l'un actuel et l'autre ancien.

HOPPE. **Chevauchement de la conjonctive palpébrale supérieure sur le tarse** (*Id.*). — L'auteur admet une inflammation conjonctivale chronique au niveau du bord supérieur du tarse avec follicules et concrétions, puis sclérose continue du bord antérieur attirant sans cesse cette partie vers le bord libre de la paupière. Aucun traumatisme, pas de pemphigus dans les antécédents.

PFLUGER. **Ectropion non cicatriciel** (*Id.*). — Après une revue de tous les procédés, Pflüger recommande et pratique celui d'Angelucci modifié par Truc (procédé en vanne).

LAZENIUS. **Injections sous-conjonctivales d'hétol** (*Id.*). — Une solution de 0,5 à 1 p. 100 serait très efficace dans les lésions cornéennes (ulcère, plaie, herpès parenchymateux). Les douleurs de l'iritis et de la choroïdite diminuent, la durée de l'épisclérite et de la sclérite ne serait pas modifiée. En somme, moins le médicament est dilué avant d'agir, plus il est actif.

LIEBREICH. **Traitement de la myopie** (*Id.*, novembre). — Déjà analysé.

W. REIS. **Formations cystiques de la surface de la cornée** (*Id.*). — Le sujet était aveugle depuis quatorze ans, à la suite

d'ophtalmie des nouveau-nés. La cornée cicatricielle présentait un tissu conjonctival épais, avec espaces vides et kystiques, incrustations calcaires. Le tractus uvéal présentait un épaississement des couches internes.

ACKERMANN. **Paralysie oculaire totale par hémorragie nasale** (*Id.*). — On trouve à l'autopsie au-dessus du Pont de Varole, contre le tronc de l'oculomoteur commun, entre arachnoïde et pie-mère, une hémorragie récente. Un repli de l'arachnoïde enveloppait le tronc nerveux, et la rétraction du caillot attirait de plus en plus la méninge qui étranglait le nerf. Il ne pouvait donc y avoir aucun espoir thérapeutique.

PERGENS. **Analyse des figures de Landolt pour la mesure de l'acuité visuelle** (*Id.*). — Pergens étudie les modifications de la visibilité de ces caractères quand on varie les bords de l'ouverture.

SCHOLER. **Tuberculose du Pont de Varole** (*Id.*). — Deux cas précèdent l'exposé de la question : le symptôme constant est la paralysie associée des mouvements latéraux du globe, ensuite vient la paralysie alterne d'un nerf cranien d'un côté et d'un membre et du tronc de l'autre côté. Le nerf cranien peut être le facial, le trijumeau, ou l'hypoglosse; parfois un nerf sensitif présente des symptômes d'irritation. La névrite optique et le nystagmus sont rares. Le nerf acoustique a été souvent intéressé; le syndrome de Brown-Séquard est plus rare.

RŒHLMANN. **Endartérite oblitérante des vaisseaux rétiniens et ses rapports avec l'embolie de la rétine** (*Leitschr. f. Angenh.*, mai 1902). — L'auteur, qui, le premier, a montré les lésions de l'endartère dans l'oblitération de l'artère centrale à symptômes brusques, reproduit avec figure ses idées déjà publiées. Il peut y avoir œdème brusque de la paroi, ou affaissement subit.

GALLUS. **Le scotome annulaire** (*Id.*). — L'auteur présente une théorie nerveuse : lésion du nerf optique dans le canal optique, portant sur les éléments périphériques et sur l'artère : la théorie plus courante laissant beaucoup de points obscurs, l'auteur soutient son hypothèse en considérant la rétinite pigmentaire congénitale comme le résultat d'une disproportion dans la croissance du nerf optique et de celle de son canal.

LOHNSTEIN. **Nouvelle méthode de détermination objective de la réfraction** (*Id.*). — L'auteur observe les changements de

sens dans le déplacement non de l'ombre pupillaire, mais de l'image renversée du fond de l'œil : il ne paraît pas que ce procédé soit plus facile à appliquer que la skiascopie.

LEVINSOHN et ARNDT. **Mouvements de l'œil associés au réflexe pupillaire** (*Id.*). — Un œil amblyope se dévie en haut et en dehors dès que l'on éclaire soit cet œil même, soit l'autre qui est normal, et dont la sensibilité plus considérable amène une déviation plus grande. Aucun strabisme. Le muscle petit oblique et le droit interne de cet œil (G.) paraissent insérés trop haut. L'auteur admet une lésion du centre réflexe qui met en action le petit oblique et le droit externe, lorsque normalement ils devraient rester inertes, l'excitant lumineux n'amenant qu'un réflexe pupillaire.

STEIN. **Paralysie du sympathique dans l'herpès zoster.** — L'auteur envisage les origines du sympathique dans la moelle, et admet pour son cas une cause primaire dans les ganglions rachidiens, et l'herpès zoster serait dû à une lésion primitive de la moelle dans les zones d'origine du sympathique. Peut-être l'affection a-t-elle été transmise à ce dernier par les rami-communicantes.

BROMBERG. **Étude des vaisseaux de la cornée et de l'iris** (*Id.*, septembre-octobre). — La formation de nouveaux vaisseaux partis du réseau circulaire normal de la cornée se fait par le développement et la réunion de bourgeons protoplasmiques comme celle de tous les capillaires. Ces vaisseaux peuvent être divisés en sous-épithéliaux et lamellaires : les premiers tendent à la régression, les seconds ont une durée indéfinie ; les deux se produisent dans toutes les inflammations. Les vaisseaux superficiels chroniques lamellaires sont surtout consécutifs aux accidents scrofuleux ; après les iritis ou iridocychites, ils sont dans les couches moyennes. Pendant la régression on peut voir un courant lent des globules sanguins. Le pannus granuleux et la kératite fasciculaire sont les plus récidivants au point de vue des vaisseaux. Les lésions d'origine traumatique donnent peu de vascularisation. Dans l'iris on trouve, sur 15 p. 100 des yeux bleus, de petits vaisseaux ; l'irritation sans inflammation suffit à en produire.

KŒRBER. **Dégénérescence nodulaire et kératite en grillage** (*Id.*). — Un cas avec figure et bibliographie de la question.

SCHEOUTE. **Le bâtonnet rétinien dans ses fonctions d'organe terminal** (*Id.*, octobre). — L'auteur étudie la physiologie d'un

élément isolé à l'aide des cercles de diffusion, des intensités lumineuses minima, des figures de formes variables... Le bâtonnet est bien un organe terminal : une quantité de lumière constante donnant une sensation constante; ce produit peut être obtenu par une proportion exacte de la grandeur de l'image, de son éclairement ou de la durée d'exposition.

ADOLPH. **Extirpation du sac lacrymal** (*Id.*). — L'auteur critique différentes incisions et méthodes : il préfère le procédé de Kuhnt qui a précédé Axenfeld dans la vulgarisation de cette opération.

Dr A. BOUCHART.

ANALYSE DES JOURNAUX ITALIENS

La Clinica oculistica

PAR

Le professeur CIRINCIONE (Sienne)

Analyse par le Dr A. BEAUVOIS

(Mai 1903)

Gomme de la conjonctive par syphilis héréditaire tardive, par SP. CIRINCIONE, interne à la clinique de Sienne. — L'auteur rapporte une observation extrêmement curieuse de gomme conjonctivale. Il rend d'abord hommage à Fournier pour ses importants travaux sur les lésions gommeuses dues à la syphilis héréditaire qu'on confondait avant lui avec les manifestations de la syphilis acquise, et rappelle deux observations semblables publiées en 1889 par le prof. de Lapersonne. Un enfant âgé de 8 ans présente entre les paupières de l'œil droit, au niveau de leur tiers externe, une masse charnue implantée située au niveau de la fente palpébrale. Un autre bouton apparut peu après, se fusionna avec le premier et produisit la déformation actuelle des paupières. Le malade n'a jamais souffert de son œil.

Dix jours avant sa visite à la clinique, apparition d'un ganglion lymphatique préauriculaire qui atteint bientôt le volume d'une mandarine, et est douloureux à la pression. Un petit ganglion existe aussi dans la région nuclavieulaire. Les amygdales son

hypertrophiées; aspect général anémique et lymphatique. Les poumons et les autres organes internes sont sains. Dents de Hutchinson. Le père a eu la syphilis deux ans avant le mariage et est mort de tuberculose. Deux sœurs du malade sont mortes de tuberculose. Il prend de l'iodure à haute dose depuis quinze jours.

Le diagnostic est hésitant sur la conjonctive bulbaire correspondante, sans adhérence avec les paupières. La fente palpébrale est déformée en ∽ avec soulèvement du bord palpébral dans la moitié externe. La tuméfaction est largement implantée sur le globe, un peu en haut et en dehors, et ses limites se perdent graduellement sans cesser tout à fait. La palpation indique que la tumeur se continue dans la cavité orbitaire sans arriver toutefois jusqu'à la paroi osseuse.

La masse a un aspect gélatineux et une couleur rosée assez spéciale; sa superficie est lisse à peu près, elle est de consistance élastique et adhère solidement avec le globe au niveau du limbe scléro-cornéen. Cornée normale, milieux transparents, acuité normale, excursion du globe incomplète en dehors.

La date d'apparition de cette masse remonte à quatre semaines et fut signalée par un bouton charnu, tumeur granuleuse (tubercule ou gomme ou lymphosarcome). Le prof. Cirincione exclut ce dernier, et penche à considérer la tumeur comme d'origine tuberculeuse.

Cependant, après un essai histologique qui démontra la nature bénigne de la tumeur, l'opération fut pratiquée. Les suites en furent excellentes et le malade guérit. La recherche du bacille de Koch ne donna aucun résultat.

L'examen histologique pratiqué soigneusement montra une infiltration périvasculaire, point de départ de l'affection, et secondairement une prolifération des éléments conjonctifs d'où tumeur. La tuberculose éliminée, on conclut à la gomme syphilitique. L'histoire clinique s'accorde d'ailleurs avec ce diagnostic.

L'auteur conclut ainsi. Dans le diagnostic des tumeurs conjonctivales des enfants, on doit penser à la possibilité d'une gomme syphilitique congénitale qui se présente, avec une surface lisse, transparente, gélatineuse, de couleur cuivrée, mobile, et à développement rapide.

Sur l'emploi de la paraffine en prothèse oculaire, par le prof. HERTEL (Iéna); in *Græfes Archiv für Opht.*, 1903. — Ce travail résume une série de recherches expérimentales du prof. Hertel, qui a voulu étudier sur l'œil de l'animal les questions suivantes :

1° De quelle façon réagissent les tissus orbitaires vis-à-vis de la

paraffine injectée dans l'orbite et quelles altérations anatomiques s'ensuivent?

2° Quelle influence a cette paraffine injectée sur l'organisme en général et surtout en ce qui concerne la possibilité d'embolie de parcelles de paraffine dans les divers organes?

3° Quelle est la meilleure technique?

L'auteur a employé la méthode de Gersuny, c'est-à-dire la paraffine à son point de fusion à 40°, mais préalablement stérilisée à 140°. L'injection fut faite avec une seringue de verre de Pravaz d'une capacité de 1 centimètre cube; l'animal a d'abord été cocaïné.

Pour la première question posée, la réaction fut légère, la muqueuse dans le cas d'injection répétée devint parfois rouge, mais il n'y eut jamais de suppuration. La paraffine prit bientôt plus de consistance, et celle-ci augmenta dans le cours de la semaine suivante, en même temps que diminua le gonflement de la conjonctive.

Dans quelques cas, la paraffine devint encore plus dure, mais sans jamais irriter la muqueuse conjonctivale. Chez le plus grand nombre des animaux, il n'y eut aucun trouble général, deux seulement moururent asphyxiés et à l'autopsie on retrouva une embolie de paraffine dans les capillaires pulmonaires.

II. — Une seconde série d'expériences fut faite chez des animaux énucléés et chez lesquels on avait placé un globe de paraffine dure dans l'espace de Tenon. Chez trois autres animaux qui avaient subi l'exentération, on introduisit un noyau de paraffine dans le sac scléral, puis on sutura le sclère et la conjonctive au catgut. A part un cas où l'œil dut être énucléé, dans tous les autres cas il n'y eut aucun symptôme d'irritation dans les tissus voisins.

III. — La troisième série d'expériences concerne les injections de paraffine dans la cavité orbitaire après l'énucléation.

L'auteur n'a observé aucune réaction douloureuse, la muqueuse rougit un peu, et il se forme un léger œdème. Aucun animal ne présenta de symptômes généraux. La température de la paraffine ne doit pas dépasser 60°, sinon il y a nécrose des tissus.

L'auteur met en garde les médecins contre la paraffine du commerce qui n'a pas la même composition chimique. Le résultat des diverses expériences indique que la meilleure prothèse est celle qu'on obtient en introduisant un globe de paraffine dans le sac de Tenon.

(Juin 1903)

Sur l'opération de la cataracte compliquée, par le prof. KUHNT (de Königsberg). — L'auteur indique une modification du mode opératoire ordinaire qui lui a rendu de grands services dans les cas de cataracte compliquée.

Voici son procédé sommairement décrit :

Au moyen d'un petit couteau de Græfe on incise la cornée au niveau du tiers inférieur, et au moment où l'on traverse le limbe on pique droit en arrière la membrane irienne, comme si l'on voulait enfoncer le bistouri vers le centre de l'œil. Quand la pointe a pénétré de 1 millim. 1/2 à 2 millimètres dans la membrane, on la pousse de façon à la faire ressortir dans la chambre antérieure à 2 millimètres du rebord cornéen opposé au point d'entrée. De cette façon la lame tranchante a accompli presque tout son trajet sous l'iris, entre celui-ci et le cristallin cataracté. A ce moment, en appuyant légèrement le couteau contre les lèvres de la plaie d'entrée, on fait ressortir un peu d'humeur aqueuse. Cela fait, on tourne le bistouri le tranchant en haut, comme lorsque l'on veut faire un court lambeau cornéen dans l'opération de la cataracte. Au moyen de deux ou trois mouvements de scie, on sectionne la membrane cataractée. On obtient par ce procédé une large brèche irienne.

Dans les cas où la membrane irienne cataractée est très dure, on modifie le premier temps de l'opération, on fait la ponction, puis la contre-ponction et avec de doux mouvements de scie on produit une plaie de 5 à 6 millimètres dans la membrane dure. Le reste de l'opération est très simple et les suites en sont bonnes.

Compresses froides ou glacées suivant les cas.

Le lambeau irien sectionné de la sorte donne un large accès dans l'œil aux rayons lumineux.

Le prof. Kuhnt trouve son procédé indiqué dans les cas suivants :

1° Quand on a fait des tentatives infructueuses d'iridectomie au moyen de la pince-ciseau ou d'ablation d'un lambeau de membrane irido-capsulaire;

2° Dans tous les cas de cataracte secondaire compliquée d'occlusion ou de tiraillement de la pupille vers la cicatrice cornéenne;

3° Dans les cas où il y a adhérence totale de l'iris au sac capsulaire après une irido-choroïdite chronique.

Considérations sur l'abaissement de la cataracte, par le prof. G. ALBERTOTTI (de Modène). — Cet important mémoire a été analysé dans le Recueil de septembre (Voir Analyse des *Annali ottalmologia*).

(Juillet 1903)

Genèse du vitré chez les vertébrés, par le prof. CIRINCIONE (de Vienne). Communication au Congrès anatomique allemand de Heidelberg. — Ce travail très important est la suite d'une étude entreprise depuis quelques années par l'auteur et au sujet de laquelle une polémique s'est élevée entre nos confrères italiens.

Après avoir résumé nos connaissances actuelles sur le vitré, l'auteur indique brièvement les derniers travaux à ce sujet.

Pour le prof. Rabl le vitré est non pas un produit de sécrétion, mais un véritable tissu dont la genèse doit être recherchée dans les fibrilles ou prolongements de l'épithélium rétinien.

V. Lenhossek admet aussi qu'il s'agit là d'un véritable tissu, mais il nie de façon péremptoire toute participation de la rétine à sa formation. Pour lui le vitré est une formation cristallinienne. L'auteur croit que pour la solution d'un tel problème, il faut, à l'imitation du prof. Virchow, faire une étude particulière dans les différentes classes des vertébrés, et il note que chez les mammifères où le vitré est très riche en fibrilles, vaisseaux et éléments mésenchymateux, on trouve, fait nouveau dans la série animale, une involucre mésodermique autour du cristallin embryonnaire. Il a relevé ces faits dès 1894; il y revient aujourd'hui avec plus de détails et avec des préparations qui constituent pour lui la preuve de sa théorie. A une époque tout à fait primitive du développement de l'œil, il existe dans le vitré des preuves nettes de son origine mésodermique sous la forme d'éléments étoilés. Le prof. Cirincione présente des coupes microscopiques prises à cette période. Ce sont ces éléments étoilés qui se sont transformés en fibrilles étoilées, et d'abord cette transformation est extrêmement rapide (elle coïncide chez l'homme avec la sixième semaine, chez le porc avec la seizième). Tous ces phénomènes se passent dans la période embryonnaire du corps vitré et alors commence la seconde phase. A ce moment, outre les éléments mésodermiques, les cellules rétiniennes de l'ora-serrata prennent part à la formation du vitré; mais il n'est pas possible d'établir dans quelle mesure celles-ci agissent dans ce but. Quoi qu'il en soit, elles ne peuvent modifier la signification du corps vitré comme formation mésodermique.

Le stroma du vitré chez tous les vertébrés est entièrement développé avant la naissance; il constitue un feutre à mailles très fines dans lequel est contenu un liquide particulier, l'humeur vitrée, et auquel les auteurs n'ont pas encore donné l'importance qu'il mérite. Elle est plus ou moins dure suivant la classe de vertébrés, comme l'avait bien reconnu Virchow. Après la naissance, l'accroissement de volume du globe dépend surtout de l'augmentation de ce liquide. L'humeur vitrée est d'abord sécrétée par les éléments cellulaires de la surface interne de la rétine et aussi par les vaisseaux pré et intra-oculaires, mais à peine les membranes hyaloïde et limitante sont-elles formées que la production de l'humeur vitrée a lieu du corps ciliaire et de la partie non visuelle de la rétine qui à l'état normal constitue l'organe régulateur de la tension intra-oculaire. Quand, par suite d'un processus pathologique, la partie fibrillaire du corps vitré a disparu ou quand à la suite d'une blessure du globe le corps vitré est sorti, les fibres perdues ne se reproduisent plus et sont remplacées par l'humeur vitrée sécrétée par l'ora-serrata et le corps ciliaire.

(Août 1903)

Guérison de la kératite à hypopyon par les sérums du prof. Tizzoni et du Dr Römer. Note préventive par le Dr Calderaro (assistant). — Après quelques généralités sur l'anatomie pathologique peu connue encore de ces kératites à hypopyon, le Dr Calderaro passe en revue les moyens employés pour les combattre : opération de Sœmisch, cautérisations, injections sous-conjonctivales de sublimé et chlorure de sodium.

La première méthode trouve son indication souvent parce qu'elle abaisse la tension intra-oculaire. Les cautérisations présentent l'avantage de détruire directement le foyer infectieux de la cornée.

Les injections sous-conjonctivales sont plus indiquées, mais n'arrivent pas toutefois à arrêter le cours d'une affection fatale. Et très souvent l'œil se perd totalement.

Depuis les recherches de Gasparini confirmées par celles d'Axenfeld et de Uhthoff, il est admis que dans la kératite à hypopyon on trouve constamment le diplocoque de Frænkel. Les recherches pratiquées à la clinique du professeur Cirincione, à Palerme et à Sienne, montrent que cette opinion est exagérée, et que la kératite à hypopyon ne peut être attribuée au diplocoque seul. Celui-ci est en effet un hôte habituel des voies lacrymales et on ne comprend pas dès lors comment la kératite à hypopyon ne serait pas plus fréquente lorsque la cornée est érodée plus ou

moins. Le résultat des recherches entreprises par le professeur Cirincione fut que, dans la kératite à hypopyon, il s'agit d'une véritable panophtalmie plastique diplococcique, ce qui explique l'inefficacité des moyens thérapeutiques dirigés contre le foyer cornéen, et qu'il convenait d'essayer dans ces cas le sérum antipneumococcique de Pane. Celui-ci abandonné, on essaya le sérum du professeur Tizzoni et celui du docteur Röhmer. Ce sont les résultats de ce traitement sur 40 malades qu'apporte l'auteur aujourd'hui. Dans tous les cas, le diplocoque de Frænkel a été trouvé dans les sécrétions conjonctivales. Les lésions de la conjonctive et des voies lacrymales furent traitées par la méthode ordinaire (astringents, dilatation, sondage et lavage des voies lacrymales). On emploie les mydriatiques en abondance.

Les malades guéris avec le sérum de Tizzoni et de Röhmer sont au nombre de 35. Il n'est pas facile de dire quel sérum est préférable, mais d'après les observations de l'auteur celui de Tizzoni-Panichi mérite la préférence. L'action est plus efficace évidemment quand l'infection est due au pneumocoque seul. Le traitement consiste en injections sous-conjonctivales de une demie à une seringue entière de Pravaz, répétées tous les deux jours. Dans 8 cas la maladie était au début et quelques injections ont amené l'arrêt des phénomènes, puis la disparition du pus.

Dans les 27 autres cas, l'affection était plus avancée. On cautérisa l'ulcère cornéen, et on pratiqua de suite une injection sous-conjonctivale. Aussitôt les phénomènes s'amendèrent et les malades guérirent.

En résumé, d'après l'auteur :

1° L'usage du sérum antipneumococcique est indiqué et est très efficace dans la kératite à hypopyon. Au début de la maladie, les injections de 3/4 d'une seringue de Pravaz faites tous les deux jours sont suffisantes ;

2° Plus tard, il faut joindre aux injections la cautérisation du foyer cornéen, et la paracentèse ;

3° Le sérum de Tizzoni est préférable au sérum de Pane et de Röhmer, non seulement par sa facilité de conservation, mais aussi par son bas prix, et surtout par sa forme en poudre desséchée.

Procédé pour rompre les synéchies postérieures, par Sp. CIRINCIONE, assistant. — L'auteur propose pour rompre les synéchies le procédé suivant : au moyen d'une incision on saisit l'iris et on l'attire doucement vers la plaie cornéenne. S'il est soudé au cristallin, on recommence quelques fois la manœuvre en ayant soin de ne pas brusquer.

Avec les iris friables, comme ceux des irido-choroïdites, une telle méthode sera toujours dangereuse.

Contribution clinique et anatomique aux tumeurs syphilitiques du corps ciliaire, par le Dr C. Frugiuele (de Naples), in *Journal Int. des sc. méd.*, 1903. — L'étude des tumeurs syphilitiques du tractus uvéal est des plus intéressantes. Bien que l'histoire de cette affection soit de date récente, les observations se multiplient un peu partout. Le travail de notre confrère italien le Dr C. Frugiuele tiendra une place importante parmi les publications de cette nature. L'auteur ne s'est pas contenté de réunir quatre observations extrêmement complètes, mais il a pu encore, dans deux cas, pratiquer des examens anatomo-pathologiques et histologiques qui sont de nature à intéresser très vivement ceux qui s'occupent de ces recherches.

Nous passerons rapidement en revue ces quatre observations en soulignant seulement ce qui peut intéresser le praticien.

La première est intitulée : papule du corps ciliaire. Il s'agit d'un individu de 22 ans qui, un an environ après le contage syphilitique, présenta une tumeur du corps ciliaire faisant saillie sous la sclérotique et aussi dans la chambre antérieure. Le diagnostic de papule ou condylome du corps ciliaire fut porté ; étant donné que le malade avait présenté peu de temps auparavant des symptômes secondaires de syphilis et que les caractères de la tumeur s'accordaient fort bien avec cette étiologie.

Un traitement énergique fut institué. Injection de 0 gr. 20 de calomel à la tempe du côté de l'œil malade et traitement mercuriel général, scopolamine. Sept semaines après la guérison était complète.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une atrophie du bulbe consécutif à une irido-cyclite grave, d'origine spécifique à gauche, et d'une irido-cyclite avec tumeur du corps ciliaire à droite. Syphilis acquise, huit mois auparavant roséole légère, pas d'autres accidents. Un traitement énergique fut commencé (injections intramusculaires de calomel), mais le malade sort brusquement de l'hôpital. Il y revient quelques mois après avec un œil complètement atrophié et en déclarant qu'il avait cessé tout traitement.

La troisième observation est le récit très circonstancié d'une gomme précoce du corps ciliaire. Le contage syphilitique remonte à huit mois, les accidents secondaires ont été légers. Deux mois auparavant, apparition d'une tumeur au niveau de la partie inféro-externe du bulbe oculaire droit, qui évolue rapidement et qui enlève bientôt toute vision.

Il s'agissait d'une gomme précoce du corps ciliaire, et le diagnos-

tic ne pouvait être mis en doute, étant donnés la tumeur du corps ciliaire, son évolution rapide, l'iritis intense qui l'accompagnait et les manifestations tertiaires qu'on observait dans l'organisme (gomme du testicule, du tibia, douleurs ostéocopes, cachexie).

Une importante étude anatomique avec trois planches accompagne cette observation, et confirme le diagnostic. Il s'agissait sans aucun doute d'une gomme syphilitique.

Le quatrième cas rapporté par le Dr C. Frugiuele est celui d'une gomme de l'iris et du corps ciliaire d'origine hérédo-syphilitique. L'affection eut pour conséquence une atrophie du bulbe et l'énucléation fut pratiquée. L'examen histologique confirma le diagnostic primitif.

De ces faits cliniques l'auteur conclut :

1° Qu'il convient de distinguer les tumeurs syphilitiques du corps ciliaire en deux groupes dépendant les unes de la syphilis congénitale, les autres de la syphilis acquise. Les premières sont exceptionnelles, puisque, sur cinquante-quatre cas de tumeurs syphilitiques du corps ciliaire qui existent aujourd'hui dans la littérature, deux seulement sont dues à la syphilis héréditaire (cas de Panas, et de Spencer-Watson). Il faut y ajouter l'observation rapportée par le Dr C. Frugiuele.

Les tumeurs dépendant de la syphilis acquise sont au contraire bien plus fréquentes; elles peuvent arriver à la période secondaire et à la période tertiaire. A la période secondaire (de quelques semaines à trois ans du contage syphilitique), on peut observer la forme papuleuse et la forme gommeuse. Les papules présentant une gravité, variable suivant les cas; il convient de les diviser en papule bénigne et papule progressive ou maligne.

A la période tertiaire, peut apparaître la gomme tardive dont il existe une douzaine de cas environ.

Le syphilome, qu'il soit secondaire ou tertiaire, peut d'autre part se présenter d'une façon variable. Tantôt il sera exactement limité au corps ciliaire, tantôt il se développe entièrement du côté des milieux de l'œil (forme rare); dans d'autres cas il fait irruption dans la chambre antérieure, après avoir infiltré l'iris et augmenté considérablement son épaisseur. Dans le plus grand nombre des cas, la tumeur se fraie une route vers la sclérotique et prend une forme staphylomateuse autour de la cornée et du corps ciliaire. Dans d'autres observations enfin, le syphilome marche en même temps dans différentes directions.

Le pronostic de ces tumeurs est grave, et cela se comprend si l'on songe au siège de la lésion. Sur cinquante-huit cas, quarante-trois ont perdu la vue, quinze ont recouvré un peu de vision, et sur ces quinze cas il y avait un cas de gomme hérédo-syphilitique,

et Fuchs, des « épisclérites périodiques fugaces » que Gradle trouve analogues à ses observations.

SUKER. **Cas intéressants.** — Fistule de la cornée, hernie de l'iris et kyste conjonctival communiquant avec la chambre antérieure (cause inconnue). Cristallin luxé dans le vitré depuis trente ans, névrite optique et atrophie de la papille dans l'autre œil; ces deux lésions sont dues à deux chutes graves faites à trente ans d'intervalle. — Parésie de l'abducteur gauche et strabisme convergent de l'œil droit; hystérie chez un septuagénaire, le champ visuel pour les couleurs est rétréci concentriquement, mais sans chevauchement; de plus on trouvait deux cataractes corticales symétriques et des taches colloïdes sur la rétine.

WÜRDEMANN. **Opacités lenticulaires. Guérison ou amélioration de la cataracte par le traitement** (septembre). — Les trois observations présentées par Würdemann comportent de la choroïdite, avec papillite. Les opacités cristalliniennes peu étendues ont diminué, ou disparu par suite d'un traitement varié : or, arsenic, mercure, iodure, repos... Dans un cas la vision disparut par atrophie optique.

HOWE. **Confusion des méthodes de numération des prismes** (septembre). — Déjà analysé.

BORSCH. **Tatouage de la cornée** (septembre). — L'auteur expose l'historique, la technique et les précautions à prendre : ne pas tatouer en teinte trop intense la région du limbe; ne pas craindre les leucomes vascularisés : le tatouage ayant un effet favorable (?); prendre beaucoup de soins d'asepsie dans les cas de leucome adhérent.

SCHOEN. **Étiologie et traitement du glaucome** (septembre). — L'auteur combat, à propos de l'auto-observation célèbre d'un éminent ophtalmologiste de France, les théories et les traitements actuellement en vigueur. Pour lui, l'atrophie du muscle ciliaire est le début et la cause de tout; 80 p. 100 des glaucomateux sont hypermétropes ou astigmates, et les progrès de l'affection ne peuvent être arrêtés que par des verres correcteurs exacts. Quand le glaucome est installé, aucun traitement ne peut réussir; il importe que le diagnostic soit fait au début.

HENRY LA MOTTE. **Nouveau traitement chirurgical du glaucome** (octobre). — Deux cas de glaucome guéris par la résection

du ganglion supérieur du sympathique cervical, une fois unilatérale et une fois bilatérale. L'auteur place ces interventions au-dessus de toutes les autres : elles doivent être pratiquées aussitôt que le diagnostic est certain.

VEASEY. **Perforation spontanée de la cornée au centre d'un leucome datant de six ans** (novembre). — Cette perforation se produisit sans cause apparente, elle progressa pendant dix-sept jours, et la chambre antérieure ne reparut que le vingtième. L'auteur admet une dégénérescence de la cicatrice ayant diminué la résistance et une perforation due à la tension intra-oculaire normale.

M. BLACK. **Mesure du strabisme** (novembre). — L'auteur remplace le périmètre dont on se sert couramment par une échelle tangentielle.

FRIEDMANN. **Correction de la myopie** (novembre). — L'auteur attend, pour admettre la correction complète, des statistiques plus étendues et des résultats plus probants. Il insiste sur les cas d'hypermétropie ou d'emmétropie avec spasme de l'accommodation. La correction totale est très incommode et difficile à tolérer; il faut considérer aussi le degré de myopie, l'âge, la profession. Plus tard un myope porteur de sa correction complète pourra diminuer ses verres, surtout pour la vision fine et rapprochée.

EDW. JACKSON. **Correction totale de la myopie** (novembre). — Depuis 1891, Jackson pratique et expose la correction totale de la myopie et de l'hypermétropie. D'après l'examen durant plusieurs années de cent vingt-trois yeux, myopes avec correction complète, il trouve 75,6 p. 100 état stationnaire; 18,7 p. 100, myopie accrue et 5,76 p. 100 myopie diminuée. Jackson cite les chiffres de Roscher (39 p. 100 myopie stationnaire) et Meyerhof (38 p. 100). Le rôle de l'accommodation dans la nutrition générale de l'œil ne peut être négligé, et tant que son fonctionnement reste dans les limites normales l'effet est salutaire et non nocif. La vraie cause des progrès de la myopie est dans la pression des muscles de l'œil sur le globe.

ELLETT. **Kératite aspergillaire** (novembre). — Chez un nègre de 22 ans; guérison par un simple lavage.

BRADY. **Mucocèle du canalicule inférieur gauche** (avril 1903). — Il s'agit d'un dacryolithe empêchant toute évacuation vers le sac lacrymal; la communication était fermée depuis longtemps.

L'auteur pratiqua une section avec électrolyse, puis un massage régulier qui en quatre mois fit disparaître toute trace du kyste.

PETERMANN. **Glaucome malin avec guérison** (avril 1903). — Petermann passe en revue la fréquence relative du glaucome, suivant l'âge, le sexe, la saison. La malade, âgée de 52 ans, présentait depuis un an des symptômes prodromiques. Petermann prescrivit des verres exacts, et de l'ésérine. Le 8 janvier 1900, iridectomie pour accidents aigus, l'autre œil étant ésériné préventivement. L'effet immédiat ne fut pas favorable : douleurs, œdème de la paupière, cornée trouble et anesthésiée; le 16, salicylate de soude à forte dose; le 20, l'œil devient moins dur et commence à s'améliorer. La vision revient à 2/5. Deux ans après l'autre œil présenta également du glaucome malin : l'iridectomie amena une hémorragie de la chambre antérieure; cependant finalement V. 2/5. Il faut remarquer que les deux yeux étaient atteints d'astigmatismes composés, l'un myopique et l'autre hypermétropique, et contraires à la règle : la réfraction a du reste beaucoup changé; on note une augmentation de la myopie à droite de — 3 à — 8, et dans l'œil gauche, H + 1 est devenu M — 3.

MOULTON. **Amblyopie avec retour lent de la vision après extraction de cataractes extra-mûres** (avril). — Ces deux cas semblent bien démontrer que la vision, après avoir disparu pendant longtemps, peut cependant atteindre de nouveau un degré très élevé. Une femme de 44 ans, aveugle depuis l'âge de 17 ans, avec cataracte siliqueuse, et une autre de 57 ans, ayant perdu un œil douze ans auparavant; celle-ci se présentait pour panophtalmie de l'autre œil. — La vision atteignit 15/200 pour la première et 10/200 pour la seconde.

ELLETT. **Nouvelle méthode pour éviter l'infection par la conjonctive; des opérations de la chambre antérieure** (*Id.*). — Dans un cas de cataracte, avec conjonctivite chronique, Ellett enfouit la plaie d'extraction sous la conjonctive libérée et suturée comme pour une énucléation; les fils sont enlevés le quatrième jour; le septième jour la cornée entière était de nouveau à découvert et sans astigmatisme.

W.-L. BULLARD. **Tumeur de la dure-mère, couverte par le cervelet** (avril). — V. 20/40; l'ophtalmoscope indiquait une tumeur cérébrale; troubles mentaux; à l'autopsie, tumeur de la fosse postérieure du crâne, recouverte par le cervelet, probablement fibro-cellulaire.

ED. LANDER. **Paralysies des muscles extérieurs après traumatisme crânien** (mai). — Trois cas de contusion ou fracture du crâne avec ophthalmoplégie externe; quand la paralysie se présente aussitôt après l'accident (primaire), elle est due à la fracture elle-même; quand elle apparaît seulement quelques jours plus tard, elle est due à l'hémorragie, à l'inflammation ou au cal en formation. Le pronostic dans la paralysie primaire est favorable seulement dans un quart des cas; dans la paralysie secondaire, les muscles peuvent recouvrer leur fonction.

FR.-H. VERHŒF. **Epreuve simple de la vision stéréoscopique** (mai). — Sur un carton stéréoscopique Verhœf place d'un côté un cercle avec deux lignes parallèles passant presque au centre et verticalement, de l'autre, le même cercle avec une seule ligne brisée, les segments supérieur et inférieur étant tous deux légèrement inclinés en dehors : dans le stéréoscope on voit une ligne coudée, aboutissant au centre du cercle, l'angle étant dirigé en avant et vers la gauche du sujet.

ERNIN. **Quand doit-on énucléer?** (mai). — Les conclusions de l'auteur sont : un œil aveugle qui menace un œil sain doit être extirpé sans délai; un œil « presque » aveugle, qui a causé une affection sympathique de l'autre œil ne doit pas être enlevé; un œil déchiré avec plaie dans la région ciliaire doit être énucléé avant d'avoir pu éveiller aucune sympathie dans l'autre; tout œil contenant une tumeur croissante doit être énucléé avant que l'orbite soit intéressé. Dans la panophtalmie : éviscération hâtive.

Dr A. BOUCHART.

ANALYSE

DU

« CENTRALBLATT FÜR PRAK. AUGENHEILKUNDE »

R. SIMON. **Epreuve de Hering dans le strabisme** (août 1902). — Simon combat l'idée de Parinaud sur la non-valeur de l'épreuve de Hering chez les strabiques; les cas sur lesquels celui-ci appuie son opinion étant des strabismes divergents pour lesquels l'expérience réussit d'habitude, contrairement aux épreuves stéréosco-

piques. Simon a vu plusieurs fois des yeux divergents rester divergents dans le stéréoscope et cependant réussir l'épreuve de Hering. Bielchousky prétend à tort que, dans celle-ci le phénomène subit est perçu par l'œil en mouvement et l'attention est plus frappée que dans le stéréoscope où les yeux d'inégale acuité laissent l'un d'eux être mentalement supprimé; de même il se trompe en admettant que dans le stéréoscope l'accommodation trouble les images et fait échouer l'épreuve.

HIRSCHBERG. **Réflexe hémianopsique de la pupille** (*Id.*). — Un étudiant avait reçu un coup de rapière dans l'œil droit; peu de jours après, décoloration du quadrant inféro-interne de la papille; le réflexe partiel de la papille n'a pas été recherché. Une femme de 26 ans, nerveuse, subit une opération sur les sinus de la face; le lendemain, pupille (OD.) immobile et vision très réduite; hémianopsie supérieure; réaction hémianopsique de la pupille dès le surlendemain : ce signe suffit à écarter le diagnostic de névrose.

PURTSCHER. **Ophtalmie métastatique** (septembre). — Purtscher rapporte un cas dans le cours d'une pneumonie, avec phénomènes orbitaires, puis panophtalmie, et ensuite issue de pus des ponctions orbitaires, précédemment faites sans résultat; plus tard, amaurose et atrophie du globe. — Un autre cas, chez une enfant de 6 ans, atteinte d'influenza ne présentait que de la cyclite sans réaction aiguë et aboutit directement à l'atrophie.

LOSHMA KUNABARA. **Kératite ponctuée superficielle spéciale** (septembre). — Quatre observations; dans toutes on trouve : diminution de l'acuité après disparition des phénomènes conjonctivaux; troubles ponctués dans les couches superficielles de la cornée, sans lésion d'épithélium les opacités ne sont visibles qu'à l'aide d'un très fort grossissement; entre ces taches la cornée est grise, on pourrait supposer une rétinite; le diagnostic se fait à l'aide du miroir plan.

FRIEDENWALD. **Précipités sur la face postérieure de la cornée** (*id.*). — On a déjà vu (UVEITIS, *Rec. d'Opht.*, 1903 p. 292 les idées de Friedenwald sur les affections du tractus uvéal (sans iritis ni hératite interstitielle) de nature exsudative; jamais ces dépôts n'apparaissent dans les inflammations sérieuses; quand les lésions de la choroïde ou de l'iris ne sont pas visibles, il faut les supposer dans une zone inexplorable, si les dépôts sont présents.

PRAUN. **Rupture et perforation triangulaire de l'iris** (*id.*). — Un paysan se frappe maladroitement l'œil droit avec son fouet six ans auparavant. Actuellement : pupille ovale, et en bas et en dehors perte de substance triangulaire de l'iris sans intéresser le sphincter; derrière elle, opacité grisâtre du cristallin; le tissu irien a été rompu et résorbé en entier, on n'en trouve de trace nulle part. De même, hémorragie et foyer jaunâtre à la macule.

LEHMANN et COWL. **Perforation totale du globe par un éclat de fer** (octobre). — Autrefois on énucléait beaucoup, et souvent avant que le diagnostic fut confirmé. Un serrurier reçut un éclat d'acier dans l'œil : l'aimant de Haab ne donnait rien; le sidéroscope était affirmatif, et une tentative avec l'aimant d'Hirschberg fut vaine. Cinq jours après, en présence d'une panophthalmie, on dut ouvrir l'œil, introduire des tablettes d'iodoforme dans le vitré. L'œil guérit lentement. Deux mois après, la radiographie indiquait un corps étranger assez gros à 22 millimètres derrière la cornée. L'œil fut énucléé deux mois plus tard : l'éclat était à 1 mill. 5 en arrière du tube postérieur. L'auteur, en présence des difficultés de la localisation précise des corps donnant une ombre en radiographie, propose et vante l'examen avec des rayons verticaux, descendants, qui impressionnent une plaque tenue dans la bouche par les dents; de plus il applique sur la cornée une coque métallique qui est un repère exact des mouvements de torsion du globe; le cas est très intéressant pour plusieurs motifs, en particulier par l'efficacité de l'iodoforme dans le vitré contre une panophtalmie menaçante.

BRAND. **Avancement musculaire** (*id*). — La méthode que Brand expose est une modification de celle de L. Müller : après isolement du muscle sur deux, puis trois crochets, il laisse seulement le crochet médian dont la prise sert de mesure au raccourcissement à obtenir; les fils sont passés de façon à fixer ce pli sur son bord supérieur et son bord inférieur; la conjonctive est ensuite attirée sur cette « duplication » du muscle. Pansement au collodion pendant huit jours.

HIRSCHBERG. **Un point important dans l'opération de la cataracte molle** (décembre). — Cataracte traumatique avec augmentation de pression. Après ésérination intense, le malade est anesthésié par le mélange de Billroth : incision externe à la lance; au moment d'introduire la pince à iris, le vitré apparaît, on se contente de la sclérotomie pratiquée. Cela suffit à amender tous les symptômes, donc user des myotiques d'abord et n'inter-

venir que quand la résorption naturelle a déjà fait son œuvre; de même dans l'opération de la myopie. Après les extractions de cataractes dures, Arlt avait coutume de dire qu'il n'avait jamais vu un œil se perdre par la persistance de quelques masses corticales.

ARMM. TSCHERMAK. **Nouvelle méthode d'examen de la vision des strabiques** (décembre. Fin et incomplet).

FEHR. **Sarcome péripapillaire** (mai 1903). — Observation d'un sarcome de la choroïde, localisé autour de la papille, et ayant pénétré par les gaines en dehors de la sclérotique. La barrière très résistante que cette membrane oppose d'habitude aux migrations s'est ainsi trouvée réduite à néant, l'infection ayant fusé par les points les moins résistants (gaine lymphatique de vaisseaux). La tumeur est très riche en pigment; elle s'étend surtout en dehors (côté temporal) du nerf optique, dans les gaines très dilatées. La rétine présente au contact du néoplasme des points kystiques nombreux. Il y a également des points isolés, néoplasiques dans le nerf optique, et un dans la rétine. La section ayant porté assez loin, aucun élément nocif ne paraît avoir été laissé dans le nerf optique, et aussi aucune récidive locale (ou à distance) ne s'est produite même après deux ans.

FELDHAUS. **Historique des aimants oculaires** (mai). — L'auteur étudie, depuis Aristote jusqu'à Hirschberg, les citations de corps étrangers de l'œil extraits (?) avec l'aimant naturel (pierre ou métal aimanté). En 1875, Hirschberg découvrit l'électro-aimant.

BRAUNSTEIN. **Usage de l'électro-aimant.** — Remarques sur la valeur comparée de chaque appareil, et la perforation double du globe (mai-juin). Incomplet.

CIRINCIONE. **Genèse du corps vitré chez les vertébrés** (juin). — Les faits sont les mêmes dans toute la série des vertébrés. La substance de remplissage qui occupe l'espace entre la surface distale de la rétine et la lentille n'est pas l'origine du vitré. Cette substance granuleuse et fibrillaire est produite par la rétine et le cristallin. Les embryologistes récents ont admis que les fibrilles hyalines, et non les éléments cellulaires, pourraient se multiplier. Cette substance disparaît quand les éléments mésoblastiques et les fibrilles pénètrent dans la vésicule oculaire secondaire pour constituer le vitré. Cette vésicule n'a pas une forme de poire : la cavité oculaire primitive étant trop petite pour

donner, par duplication des parois, une coque assez ample pour embrasser le vitré, ce sont les bords, surtout le supérieur, qui prolifèrent et avancent pour englober la lentille et le mésoderme; la pénétration de celui-ci est donc toute passive. Il existe une limitante du vitré et aussi une limitante de la rétine. Le cristallin, également par suite de la disparition de la substance de remplissage, est revêtu d'une fine membrane, d'origine épithéliale. Dans l'espace sous-lenticulaire (mésoderme passivement englobé) existe un réseau vasculaire important, avec des cellules mésenchymateuses en étoile et en fuseau. La prolifération fibrillaire se fait rapidement autant que dure la communication avec l'extérieur; dès que le globe est clos, elle s'arrête. A ce moment le vitré, fetal et non embryonnaire, ne se forme plus que par la portion de la rétine située au-delà de l'ora-serrata. Jusqu'à la naissance, les vaisseaux intra et pré-oculaires veillent à sa nutrition; plus tard les limitantes, hyaloïde et rétinienne, se forment, les vaisseaux disparaissent, et la production du liquide revient tout entière au corps ciliaire, et la portion aveugle de la rétine (en avant de l'ora-serrata), d'où le rôle important de celui-ci dans la tension oculaire (*Société d'Heidelberg*. juin 1903).

GOLDZICHER. **Paralysies musculaires orbitaires traumatiques** (juin). — Une piqûre de l'orbite, qui paraissait insignifiante et guérit en quelques jours, sans phénomènes inflammatoires, finit par détruire toute la motilité du globe. On croit généralement qu'une lésion du nerf optique en amont de la pénétration de l'artère centrale amène une atrophie simple sans lésions du fond de l'œil : ici la lésion était sûrement au point en question, et aussitôt on put voir une hyperémie capillaire, avec pouls veineux, puis coloration rose floue de la papille et de ses bords. — Dans un second cas (coup de couteau), il y eut lésion du nerf optique, du trijumeau et du moteur oculaire externe. L'auteur recherche à ce propos le nerf innervateur dans la sensation du goût, le côté anesthésié de la langue ne donnait aucune sensation du goût : les fibres du glosso-pharyngien passent donc (au moins en partie) par le trijumeau, de plus la glande lacrymale continua à sécréter normalement : le trijumeau ne semble donc pas participer à sa fonction, enfin la tension diminua activement et Goldzicher rapporte le fait à la lésion du trijumeau.

GOLDZICHER. **Cryptophtalmie** (août 1903). — Observation de cryptophtalmie bilatérale, sans déformation cranienne, mais malformation nasale. Fait très anormal : la sécrétion lacrymale existe; provoquée, elle apparaît après gonflement de la région

palpébrale, sous forme d'écoulement nasal. L'auteur reprend les idées de Grlowin, inflammation intra-utérine amenant une fonte et une désorganisation des tissus palpébraux ou oculaires, dont les éléments perdent (ou n'acquièrent pas) leur différentiation. Ainsi s'explique particulièrement l'ablépharie.

Hoppe. **Appréciation sur le système actuel de lutte contre le trachome en Prusse** (août 1903). — Les mesures prophylactiques instituées donneront (mais très péniblement) un résultat heureux; entravé par le manque de fonds consacrés à la lutte antitrachomateuse, le manque de soins éclairés dans les familles, le manque de certaines mesures sévères (isolement absolu, traitement obligatoire, etc...).

Dr A. Bouchart.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Traité théorique et pratique des maladies des yeux et de leurs annexes. Tome II, 3e édition, par le Dr G. del Toro y Quartiellers. — Avec ce volume s'achève la troisième édition du traité de notre confrère le Dr Quartiellers. C'est dire avec quel faveur ce travail est accueilli au-delà des Pyrénées.

Ce second volume contient une étude très complète de la cataracte, de ses variétés et des méthodes opératoires diverses.

Il s'occupe en outre de la réfraction et de ses anomalies, des tumeurs de l'œil et de l'orbite.

L'auteur termine par un résumé historique de l'ophtalmologie ainsi que par une étude assez complète de cette science en Espagne. Tout ce qui a trait à l'époque romaine et aux écoles arabes contient des documents intéressants, basés sur des découvertes archéologiques de pierres lapidaires et de cachets d'oculistes.

Un ordre méthodique, des descriptions succinctes et complètes, des méthodes opératoires choisies parmi les procédés des meilleurs auteurs : Galezowski, Panas, Schmidt-Rimpler, Hirschberg, Fuchs, etc., telles sont les qualités essentielles de ce livre dont les trois éditions successives indiquent la vogue chez nos confrères espagnols.

Dr A. Beauvois.

Sur deux cas de tumeurs de l'œil, par les DDrs FROMAGET et GINESTOUS (in *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 13 septembre 1903). — La première observation est celle d'un enfant de 5 ans atteint de sarcome embryonnaire de la conjonctive.

Les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant ne présentent rien de particulier. Quelques mois avant d'être amené à la consultation, après un furoncle de la région sourcilière gauche, apparition dans l'œil gauche d'une tumeur. A l'examen la paupière supérieure gauche est œdématiée; en la luxant, on constate une tumeur de coloration rouge, bourgeonnante, ayant son point d'implantation dans le cul-de-sac conjonctival. Cornée intacte. Légère inflammation conjonctivale.

Extirpation, suites opératoires excellentes.

Le second cas est celui d'un sarcome mélanique de la choroïde chez un cultivateur de 53 ans. La tumeur détermina des crises glaucomateuses douloureuses, qui disparurent, probablement lorsque le néoplasme eut perforé la coque oculaire en arrière. Puis, la prolifération cellulaire augmentant le volume de la tumeur, l'œil devint exophtalme.

L'énucléation fut pratiquée et les résultats furent excellents.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé mélanique de la choroïde.

Les centres optiques primaires après l'énucléation ou l'atrophie du globe, par le Dr GALLEMAERTS (in *Policlinique Bruxelles*, août 1900). — Continuant ses études sur la structure des organes de la vision, le Dr Gallemaerts donne aujourd'hui le résultat de ses recherches sur les tubercules quadrijumeaux antérieurs, le pulvinar et les corps genouillés externes; sa méthode d'étude sur l'atrophie et les altérations déterminées par l'énucléation. Nous donnerons rapidement les conclusions de son travail :

Le tubercule quadrijumeau antérieur reçoit des fibres optiques directes et croisées.

La terminaison se fait dans les trois premières couches.

La troisième couche doit conserver le nom de couche optique.

Le bras du tubercule quadrijumeau antérieur contient des fibres directes et des croisées.

Pour les corps genouillés externes :

Le corps genouillé externe reçoit des fibres directes et croisées.

Les fibres directes se terminent en plus grand nombre dans le corps genouillé que les fibres croisées.

Les fibres rétiniennes se terminent surtout dans les parties latérales du corps genouillé externe.

Enfin, pour le pulvinar, le Dr Gallemaerts conclut :

Le pulvinar reçoit des fibres directes et croisées. Le stratum zona le reçoit des fibres directes et croisées.

Les fibres rétiniennes se dispersent dans toute l'étendue du pulvinar.

De la cataracte traumatique par contusion directe du globe oculaire sans lésion des membranes externes, thèse par le Dr LAFARGUE, de Bordeaux (in *Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, août 1903). — Peut-il y avoir cataracte par contusion du globe sans déchirure de la capsule? Telle est l'intéressante question formulée et discutée par le Dr Lafargue dans sa thèse récente soutenue devant la Faculté de Bordeaux.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le mode de production, mais ils sont unanimes cependant à reconnaître que les faits existent. Mackenzie, Warlomont, etc., admettent ces cataractes que repoussent Liebreich et Desmarres fils. Quant aux explications que donnent les auteurs d'une cataracte de cette nature, elles varient beaucoup. Grima, un des auteurs qui a le plus approfondi cette question s'exprime ainsi :

« Pour expliquer l'opacité, dit-il, dans le cas qui nous occupe, il faut une hypothèse; on suppose que l'ébranlement subi par le cristallin suffirait pour changer les conditions de nutrition de la lentille, et en troubler la transparence.

« Il est bien étrange que la plupart des auteurs se contentent d'accepter sans discussion la théorie de l'ébranlement moléculaire et y fassent appel comme à une vérité acquise à la science. Ce n'est pourtant qu'une hypothèse née de la nécessité d'expliquer la formation de la cataracte dans les cas où le cristallin n'était pas déplacé et conservait sa capsule en apparence intacte. Je crois qu'on a accepté trop facilement les cas de ce genre. »

Cependant, malgré l'affirmation de Grima, les cas de ce genre ne sont pas rares. Forster, Schirmer, Schlösser, Berlin, Stein en ont cité ainsi que le prof. Badal, de Bordeaux. Notre maître, le prof. Galezowski[1] a publié avec un de ses élèves, le Dr Yvert[2], plusieurs observations de l'influence des traumatismes à distance sur le cristallin. Mais il admet que la cataracte traumatique ne peut point se développer sans qu'il y ait déchirure ou éclatement de la cristalloïde.

D'autre part, nous n'avons point vu que notre confrère de Bordeaux ait utilisé pour son travail les intéressantes études

1. Des cataractes.
2. Des blessures de l'œil.

expérimentales de Carl Hess (Congrès opht. de Heidelberg 1888), qui, au moyen d'une grosse bouteille de Leyde, reproduisit la cataracte due à la foudre, dans des yeux de chat ou de lapin. Nous ajouterons qu'un de nos confrères de Florence, le Dr Ag. Maurizi, a proposé la maturation artificielle de la cataracte au moyen de l'électricité. Il aurait été utile de savoir de ces auteurs s'ils ont observé des lésions de la cristalloïde dans le cours de leurs essais.

En résumé, le Dr Lafargue s'arrête aux conclusions suivantes :

Les cataractes traumatiques par contusion du globe oculaire peuvent être dues :

1° A une imbibition de la substance propre du cristallin par l'humeur aqueuse, imbibition se produisant à la faveur d'une rupture de la capsule par le traumatisme. Ce sont les cas les plus fréquents;

2° A une altération plus ou moins rapide de la nutrition de la substance propre du cristallin qui produit l'opacification. Que cette altération soit produite par l'ébranlement moléculaire, par des troubles circulatoires ou nerveux, ou enfin par l'hyperémie du tractus uvéal, il n'est pas moins vrai que non seulement la nutrition du cristallin est compromise, mais aussi celle de tout milieu transparent : l'humeur aqueuse et le corps vitré.

Dr A. Beauvois.

Des tumeurs de l'ethmoïde et de leurs complications oculo-orbitaires, thèse de Bordeaux 1903, par le Dr Desourteaux (in *Clinique ophtalmologique de Bordeaux*, juillet 1903). — Le nombre des observations de ces sortes de tumeurs est très minime. Cela tient, d'une part, à la rareté des tumeurs primitives de l'ethmoïde, et aussi à la difficulté du diagnostic. Le Dr Desourteaux, à l'occasion de deux cas observés à la clinique du prof. Badal à Bordeaux, a étudié ces tumeurs dans sa thèse inaugurale. Une première observation de ce genre fut publiée dans la *Clinique ophtalmologique* de Bordeaux en août 1902. Le même journal relate ici la seconde que nous résumerons brièvement :

Sur une femme de 50 ans, apparition d'une exophtalmie considérable de l'œil droit avec tuméfaction ganglionnaire du côté droit du cou, gêne respiratoire du même côté. La palpation indique au niveau de l'angle interne de l'œil une masse néoplasique qui refoule l'œil et produit l'exophtalmie. La vision est à peu près abolie de ce côté, elle a diminué à gauche. L'ophtalmoscope indique des traces de névrite avec congestion des veines à droite, une névrite nette à gauche.

Conduite chez le prof. Moure, elle fut opérée d'une tumeur siégeant dans la fosse nasale droite et paraissant être la même que celle de l'orbite, ou son prolongement. L'examen histologique indique un sarcome épithiliome.

La malade mourut peu après. Dr Beauvois.

Corps étranger ayant séjourné dans l'œil pendant trente ans, par le Dr Lagrange (in *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, octobre 1903). — Cette observation est intéressante parce qu'elle montre quelle résistance peut offrir l'œil à l'infection exo ou endogène. Elle montre de plus combien il faut être conservateur en chirurgie oculaire et qu'il ne faut pas se hâter d'énucléer un œil blesse pour exciter une ophtalmie sympathique qui ne se produit pas.

Le corps étranger en question est un morceau de bois d'un demi-centimètre de long et du volume d'une allumette. L'accident arriva chez un enfant âgé de 8 ans. Ce n'est que trente ans après que l'œil qui était atrophié s'enflamma de nouveau. Un abcès se déclara et M. Lagrange retira le morceau de bois sans énucléation.

Traité d'histologie pathologique de l'œil, par le Dr Siegmund Giresberg, *de Berlin*. — L'auteur n'a pas voulu faire un ouvrage complet d'anatomie pathologique de l'œil; il a voulu, dit-il dans la préface, « donner un guide et venir en aide à ceux de ses collègues qui, sans avoir encore des connaissances spéciales en cette matière, veulent travailler dans le domaine de l'histologie pathologique. »

L'auteur n'a pas décrit, dans son travail, les lésions maladie par maladie. Il a étudié un par un chacun des tissus qui entrent dans la composition de l'œil et pour chacun d'eux il a décrit les altérations qui se rencontrent dans les différents états morbides.

Aussi son livre est-il divisé en onze chapitres principaux : Paupières et bord ciliaire, Conjonctive, Sclérotique, Cornée, Iris, Corps ciliaire, Cristallin, Corps vitré, Choroïde, Rétine et Nerf optique.

Chacun de ces chapitres est précédé d'une notice contenant la description du tissu normal. Les exposés de la structure du nerf optique et de la rétine sont, en particulier, fort clairs et fort précis.

Toutes les inflammations, toutes les lésions tuberculeuses et syphilitiques sont consciencieusement décrites ainsi que toutes les productions néoplasiques. Giresberg insiste avec raison sur les tumeurs de l'œil, donnant les résultats des dernières recherches sur les sarcomes de la choroïde et les gliomes de la rétine.

Les lésions du nerf optique sont très bien présentées. La papille de stase est décrite en détails avec les différentes théories concernant sa pathogénie; et quand il s'agit des atrophies optiques d'origine centrale, toutes les dégénérescences des fibres nerveuses sont très bien étudiées d'après les dernières méthodes d'investigation employées pour l'histologie pathologique du système nerveux. L'ouvrage est illustré de gravures faites d'après nature et à de forts grossissements qui rendent très bien compte des lésions décrites dans le texte et qu'on peut regretter seulement de ne pas voir plus nombreuses.

En somme. c'est un excellent livre qui rendra d'utiles services à tous ceux qui s'occupent d'anatomie pathologique de l'œil.

J. GALEZOWSKI.

Guérison d'un cancer de la choroïde par la cancroïne, par le Prof. ADAMKIEWICZ, *de Vienne.* — Le Prof. Adamkiewicz a déjà rapporté il y a un an plusieurs cas de guérison de cancers de l'œsophage par la cancroïne. Il publie maintenant la guérison d'un cancer de la choroïde par le même traitement.

On sait que le Prof. Adamkiewicz a appelé cancroïne une base triméthylée d'oxyde d'ammonium en double combinaison avec le phénol et l'acide citrique.

Le cancer de la choroïde est un cancer métastasique survenu chez une femme de 42 ans atteinte depuis plusieurs années d'un cancer du sein. Première opération en avril 1899 et nouvelle opération en mars 1901 pour une récidive. Quelque temps après on constate de nouvelles indurations autour de la cicatrice. En même temps commencent les accidents du côté de l'œil gauche. La malade avait des phosphènes qui se produisaient d'abord quand elle remuait, et qui bientôt devinrent continuels. Peu à peu la perception des couleurs diminue ainsi que l'acuité visuelle et il devient bientôt impossible à la malade de distinguer les objets.

Le 3 août 1902, le Prof. Goldzicher de Buda-Pesth examine la malade et rédige le bulletin suivant : « Infiltration cancéreuse de la choroïde en forme de carapace, décollement partiel de la rétine. » C'est vers ce moment-là que la malade consulte le Prof. Adamkiewicz. Il constate sur la poitrine les traces de l'ablation du sein droit et un bourrelet dur de chaque côté de la cicatrice. Ganglion métastatique dans le creux sus-claviculaire droit.

Examen oculaire : l'œil gauche était larmoyant, la tension était diminuée. La pupille ne réagissait pas à la lumière. L'acuité visuelle était très faible, la malade ne pouvant plus compter ses doigts avec cet œil et ne percevant qu'un peu les sources lumineuses intenses.

On commence les injections de cancroïne le 30 juillet 1902.

Dès le lendemain l'induration de la cicatrice de la poitrine a diminué; le ganglion est moins gros : le 5 août on ne trouvait plus ni induration ni ganglion.

Du côté de l'œil les progrès furent aussi brillants : après la seconde injection, la malade compte les doigts à 25 centimètres. Le 6 août elle peut distinguer les figures, et recommence à percevoir les couleurs; le 7 août elle reconnaissait les enseignes des magasins et lisait les chiffres des marchandises en étalage.

D'ailleurs M. Sachs, premier assistant de la clinique ophtalmologique de l'Université de Vienne, avait pratiqué des examens répétés. Le 4 avril (après la 4e injection) il constate : œil droit normal. Œil gauche : tumeur sous-rétinienne d'apparence épithéliomateuse; les doigts peuvent être comptés à 25 centimètres. Le 8 août (après la 7e injection) l'acuité visuelle est de 2/3 et le champ visuel presque normal.

Le Prof. Goldzicher revoit la malade et son examen lui permet d'affirmer que le processus cancéreux s'est résorbé.

Sous l'influence de 5 nouvelles injections de cancroïne l'amélioration s'est encore accentuée.

Voici la technique employée par Adamkiewicz : au début injection quotidienne, on commence par 1/2 centimètre cube pour élever progressivement la dose jusqu'à 1 cent. cub. 1/2. Adamkiewicz est allé jusqu'à 2 cent. cub., mais à cette dose il peut y avoir des dangers. On cesse les injections quand l'élément cancéreux s'est éliminé. J. Galezowski.

La médecine occulte du Talmud, par Rabbi Gamaliel bar Ahiba (Damas). — Sous ce titre, le *Bulletin médical de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul* de Bordeaux, publie de curieuses études historiques. Nous en détachons ce passage qui a trait aux affections oculaires :

Contre les ophtalmies. — On peut utiliser la salive d'un enfant premier né de son père; le premier enfant d'une femme n'a aucune propriété médicinale. Marcher vite affaiblit la vue; on peut la restaurer par des prières appropriées.

Cécité. — Contre l'héméralopie, le traitement suivant est recommandé : prendre un lacet de crin d'animal, l'attacher d'un bout au pied du malade, de l'autre à un chien; faire faire ensuite du bruit derrière le chien par des enfants qui taperont sur des casseroles et dire : « Asa, Keleba, Akhasa, Tharangoula! » Vieux le chien! Bête la poule!

Prendre ensuite sept morceaux de viande, provenant de sept maisons différentes. Les habitants de ces maisons doivent

accrocher la viande à la porte du malade. Le chien doit manger les viandes sur le tas de fumier de la maison, dans un endroit ouvert. Puis dire une phrase invitant l'héméralopie à passer de l'homme au chien.

Cette méthode bizarre a été reprise par de nombreux médecins au moyen âge et entre autres par Paracelse et Van Helmont! (In *Bull. méd. Clinique Saint Vincent de Paul* de Bordeaux, août 1903.) — Dr Beauvois.

Uvéite gonococcique et ophtalmie sympathique. — Le professeur Lagrange a présenté à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, cette observation, qui présente beaucoup d'analogie avec un récent travail du professeur Galezowski. Depuis longtemps, dans ses leçons, dans ses conférences, notre maître enseignait la possibilité d'accidents graves oculaires consécutifs à la blennorrhagie. Nous signalons le cas du professeur Lagrange parce qu'il rentre dans la même catégorie de faits. Il s'agit d'un homme de 24 ans qui en l'espace de six mois contracta deux fois la blennorrhagie et fut pris d'ophtalmie purulente à gauche. Consécutivement il y eut ulcération de la cornée avec hernie de l'iris. On excisa l'iris, puis bientôt se montrèrent des accidents du côté droit : choroïdite intense, acuité = à 1/40. M. Lagrange croit à une uvéite gonococcique à gauche avec uvéite sympathique à droite.

M. Armaignac pense que l'enclavement de l'iris est la cause de l'ophtalmie sympathique et qu'avant d'énucléer il faut dégager cet iris. Il demande qu'on institue un traitement mercuriel interne. (In *Gaz. des hôpitaux de Toulouse*, 15 août 1903.)

Dr A. Beauvois.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE ET FORMULAIRE

Par le Dr GALEZOWSKI

La thérapeutique oculaire dans le traitement des maladies des yeux, arthritiques et goutteuses, présente beaucoup de difficulté, à cause de la cause constitutionnelle, qui se laisse difficilement combattre, tout aussi bien dans la constitution générale elle-même, que dans les altérations locales des membranes oculaires.

Les lésions goutteuses de l'œil. lorsqu'elles se localisent dans la sclérotique ou différentes autres enveloppes du globe oculaire, peuvent pourtant, à un certain moment, prendre des caractères tout spéciaux, que nous rapportons de préférence à la constitution goutteuse. Ces affections, en se localisant dans l'enveloppe présclératicale ou la sclérotique elle-même donnent lieu à des troubles et des altérations nutritives, que nous pouvons combattre d'une manière active par des moyens que nous avons en notre possession.

Parmi ces moyens, nous croyons nécessaire d'attirer l'attention de nos confrères sur deux moyens de plus grande importance. dont les uns agissent sur les voies digestives, et d'autres sur les yeux directement sous forme de collyres.

Deux des principes actifs sont employés par nous avec avantage réel. Ce sont notamment : 1° asaprol; 2° adrenaline.

1° Asaprol. — C'est un sel B naphtolé monosulfoné, soluble dans l'eau, et complètement neutre, agissant très activement sur les voies digestives dans tous les cas d'arthritisme.

Nous l'employons à l'intérieur sous forme de sel, administré de 50 centigrammes à 1 gramme par jour.

2° Asaprol en collyre. — Je l'emploie en instillations et en compresses, comme collyre, dans les affections arthritiques et goutteuses de l'iris et de la sclérotique.

Pour instiller dans l'œil, il faut employer le collyre suivant :

Eau distillée.	10 grammes.
Asaprol neutre.	10 centigr.
Sulfate neutre d'ésérine. . . .	5 milligr.

3° Solution pour appliquer en compresses :

Eau distillée.	100 grammes.
Asaprol.	20 centigr.

Dr Galezowski.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dr Barthélemy. — *De l'examen de l'œil au point de vue de l'aptitude au service militaire.* — 1 volume in-18° avec 65 figures et 13 planches.

Dr Cayetano del Toro y Quartiellers. — *Tratado teorico-practico de las enfermedades de los ojos y de sus accesorios.* (Edition tercera, Cadiz, 1903.)

Dr Siegmund Giresberg. — *Traité d'histologie pathologique de l'œil.* (Berlin, 1903.)

A. Broca et Sulzer. — *Inertie cérébrale relative à la vision des lettres.* (Académie des sciences, 15 juin 1903.)

Yves Delage. — *Sur les mouvements de torsion de l'œil pendant la rotation de la tête.* (Académie des sciences, juillet 1903.)

THÈSES SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Pendant l'année scolaire 1902-1903.

Dr Gloaguen. — *L'acuité visuelle, les vices de réfraction, la vision des couleurs.*

Dr Levet. — *La greffe oculaire.*

Dr Franceschelti. — *Étude sur la paralysie faciale congénitale compliquée de paralysies oculaires.*

Dr Tournadoux. — *Des manifestations syphilitiques héréditaires du tractus uvéal.*

Dr Le Moignie. — *Orthoscopie oculaire. Orthoskiascopie.*

Dr Mouzels. — *Étude clinique des complications orbitaires des dacryocystites.*

Dr Le Roy. — *Cataractes compliquées, indications, contre-indications.*

NOUVELLES

Le Nouveau Monde nous rapporte à la date du 10 octobre 1903 quelques nouvelles intéressantes sur le Mexique, que nous sommes heureux de reproduire ici :

M. Veg Simon, consul général du Mexique à Paris, a informé la municipalité de Puebla qu'une somme de 300,000 francs a été léguée à cette ville par feu M. Maneyro décédé à Paris. En léguant cette somme à la municipalité de Puebla, M. Maneyro lui a imposé l'obligation de payer plusieurs pensions à des personnes résidant à Mexico.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec douleur la mort du professeur Pflüger, de Berne. La place nous manque pour parler comme il conviendrait du savant et du praticien.

Le professeur Pflüger s'était acquis par ses travaux une réputation méritée, qui avait depuis longtemps franchi les limites de son pays. Il fit partie des grands Congrès internationaux, et se trouvait parmi nous, à Paris, en 1900. Il venait d'être nommé vice-président du prochain Congrès international qui doit se tenir à Lucerne en septembre 1904. La mort vient de l'arrêter dans ses travaux et de l'enlever brusquement à l'affection des siens. Nous adressons à sa famille nos sentiments de respectueuses condoléances.

Dr A. Beauvois.

Le Gérant : Félix Alcan.

6294. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — Motteroz, dir.

LA MARINE ET L'ACUITÉ VISUELLE

PAR

Le Dr P. CARRA (Paris)

Au dernier congrès de la Société française d'ophtalmologie (mai 1903) le Dr Le Méhauté, médecin de Marine, nous a présenté deux instruments : l'un pour trouver et définir l'acuité visuelle, l'autre pour présenter les optotypes avec originalité et unité d'éclairage. Le premier s'appelle *amétropomètre*, le second *disque optométrique*. Ils sont inventés pour satisfaire aux exigences de la loi sur l'acuité visuelle des divers candidats aux multiples services de l'État (armée de mer, service des chemins de fer).

Il faut savoir gré à la jeune et laborieuse École principale de Santé de la Marine de Bordeaux, à son très distingué professeur le Dr Le Méhauté (*Archives de Médecine navale*, 1901, nº 10) et à son élève le Dr Gloaguen (Thèse, 1903, *Acuité visuelle*), de vouloir enfin essayer de modifier leur procédé de détermination d'acuité visuelle. L'appareil du Dr Barthélemy est reconnu par tous et pour cause comme n'étant plus à la hauteur de la science ophtalmologique. Mais hélas ! notre légitime espérance a été vite déçue. Pour remplacer l'ancien appareil, on nous en présente un qui n'est pas meilleur. D'abord il n'est pas jeune et, ensuite, il repose sur un principe tout à fait discutable, pour ne point dire mauvais. Oh ! pour être vieux, il l'est. En 1759 Porterfield était son père ; puis Young (1801), Lechot (1829), Stampfer, Thompson (1870), Parent, Landolt, Hassler plus récemment, le perfectionnèrent tour à tour, mais hélas ! sans aucun succès, ou du moins sans jamais arriver à le faire passer dans le domaine public. Jadis, au siècle dernier, avec Thompson, l'appareil s'appelait *amétromètre*, aujourd'hui il a un pied de plus, il s'appelle *amétropomètre*. Il faut cependant lui reconnaître une supé-

riorité sur l'appareil Barthélemy. Nous sommes heureux de la consigner. Il examine le candidat placé à plus de 5 mètres des optotypes : c'est un très grand progrès.

L'appareil n'est point neuf; c'est entendu. S'il était bon, il n'y aurait aucun mal; mais à son manque d'originalité, l'instrument du Dr L. Méhauté mérite un reproche grave. Il y a vice de construction, ou tout au moins il est construit sur un principe mauvais en pareille occurrence.

Deux méthodes existent actuellement pour définir l'acuité visuelle : la méthode objective et la méthode subjective. La première n'interroge pas le candidat, elle fait elle-même le diagnostic de son affection et corrige, s'il y a lieu, son vice de réfraction. La seconde s'en rapporte aux réponses de l'intéressé, et n'enregistre que ce qu'il veut bien dire ou trouver. Par ce court aperçu, on se rend compte de la différence qui existe entre ces deux méthodes. L'appareil en question est construit sur la seconde méthode, sur la méthode subjective.

Parent, dont la compétence en pareille matière est incontestée, écrivait en 1880 et répétait en 1895, dans son rapport au congrès de la même Société d'ophtalmologie (*Rapport sur la valeur comparative des procédés objectifs d'optométrie*) :

« Pour la détermination de la réfraction oculaire, les pro-
« cédés objectifs sont de la plus haute importance. Avec eux
« plus d'hésitation ni de tâtonnement. Le médecin sait de
« suite à quel genre d'amétropie il a affaire et ne dépend
« plus exclusivement des réponses du sujet, réponses parfois
« incertaines, incomplètes, contradictoires, capables de l'in-
« duire en erreur, ainsi que cela n'arrive que trop souvent avec
« les procédés subjectifs employés seuls. »

Nous craignons que l'École de Bordeaux ne se soit pas assez inspirée des données scientifiques, universellement reconnues et proclamées actuellement; d'ailleurs la haute commission chargée d'examiner l'appareil présenté n'a point décrété officiel l'amétropomètre du Dr Le Méhauté.

Un mot sur l'appareil. Il se compose d'un ophtalmoscope

de Kalt modifié. La roue est plus large, le pied plus volumineux; il se termine par un ajutage carré qui peut se loger exactement dans le manche du porte-optomètre. Il est muni de l'optomètre Scheiner à petit diamètre, Dans une gorge graduée de 0° à 180° qui repose sur un disque plus large percé d'un orifice central en face duquel se trouvent les deux trous de l'optomètre, le grand disque se met à la place du miroir quand on veut mesurer la réfraction. Seul, le petit disque, qui est immobilisé le long de la graduation, peut prendre telle ou telle orientation suivant le méridien qu'on examine.

Cet ophtalmoscope se fixe sur le porte-optomètre, sorte de grosse paire de lunettes en bois noir, à écartement mobile, avec œilleton mobile, devant lequel peuvent passer au besoin des séries de verres positifs ou négatifs. L'ophtalmoscope est couché horizontalement sur le porte-optomètre. Au moyen d'une clé, on peut changer l'orientation de l'axe de l'optomètre.

Nous avons expérimenté l'appareil Scheiner, construit par la maison Giroux, surajouté à l'ophtalmoscope Parent. Son maniement n'est point aussi simple que semblent l'indiquer MM. Le Méhauté, Gloaguen et Fromaget. Dans les cas de myopie ou d'hypermétropie, la réfraction est vite établie; mais, quand apparaît de l'astigmatisme, le choix des verres devient beaucoup plus difficile. Dans un cas d'astigmatisme mixte, il nous a été très ardu de définir l'équation optique. Avions-nous mal interrogé, ou étions-nous mal compris? nous ne savons pas; mais n'importe, l'examen a duré longtemps, sans aucun avantage pour le médecin; puisqu'il a fallu, avant de prescrire, s'assurer par la skiascopie si les verres trouvés par l'intéressé étaient bien ceux qui lui convenaient, tant il y a lieu quelquefois de se méfier du choix du malade. Nos examens portaient tous sur des Parisiens, gens sagaces et intelligents pour la plupart ou tout au moins beaucoup plus instruits et éveillés que les habitants des hauts plateaux des Cévennes, des Pyrénées, des Alpes, ou des côtes bretonnes ou normandes. Ils étaient tous dociles et

faisaient tout ce qu'ils pouvaient pour nous seconder, n'ayant aucun intérêt à nous tromper, puisqu'ils venaient à nous, non pour passer un conseil de revision ou de santé, mais tout simplement pour nous consulter et augmenter l'acuité visuelle de leurs mauvais yeux par un choix de verres appropriés.

D'ailleurs ce n'était peut-être ni leur faute ni la nôtre. L'appareil Scheiner, même construit par un habile mécanicien, peut nous induire en erreur. Landolt dit à ce sujet : « La construction de ce petit appareil est délicate, et, si « elle n'est point parfaite, tous les choix de verres peuvent « être défectueux. Le verre coloré, placé devant l'une des « ouvertures du diaphragme, peut donner lieu à des « erreurs si les surfaces ne sont pas absolument planes et « parallèles, mais surtout par la différence de réfraction « entre les rayons colorés et les non colorés. » (Landolt et de Wecker, t. III, p. 246).

Quant à la modification apportée à l'ophtalmoscope de Kalt (*la roue est plus large*), consistant à augmenter le diamètre de l'appareil, nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'en féliciter l'auteur. Cette modification amplificatrice doit gêner considérablement pour faire l'image droite. Avec un appareil trop large, l'oculiste a beaucoup de peine, une fois que l'ophtalmoscope est calé dans l'angle supérieur naso-orbitaire, à lui imprimer les mouvements nécessaires pour explorer méthodiquement et complètement le fond d'œil du malade. Pour s'en rendre compte, il suffit d'examiner le même malade, d'abord avec l'ophtalmoscope de Kalt, puis avec celui de Parent. Comparer, c'est choisir le dernier. Il est étroit, mince, léger, disposant d'un grand nombre de dioptries positives et négatives et pourvu d'un long manche. M. Parent sait faire l'image droite. Il est donc tout naturel que l'instrument qu'il a créé pour cet usage soit parfait. Le Morton et le Terrien sont dans cet ordre d'idée des instruments de la même valeur.

Il existe encore d'autres imperfections à l'amétropomètre (poids, volume, prix, etc.). Pour plus amples détails,

nous renvoyons le lecteur au tome III, page 246 du traité, déjà un peu vieux, de de Wecker et Landolt. On y trouvera des choses intéressantes.

Pour interroger la capacité visuelle du futur marin ou employé de chemin de fer, le Dr Le Méhauté abandonne les cartons ou échelles optométriques de Donders, Snellen, Monoyer, etc., etc. A leur place, il se sert de son *disque optométrique*. C'est un bâti en fer dans lequel se meuvent des disques, garnis d'optotypes de papier noir collés sur fond blanc. Ils apparaissent tour à tour, l'un après l'autre, au centre d'un diaphragme. Ces optotypes de différentes grandeurs sont éclairés par la flamme d'une lampe à pétrole dite *lampe-étalon*. L'appareil est bien, mais non indispensable. Jadis, en notre qualité de chef de clinique de notre très regretté maître le Dr Despagnet, médecin oculiste des chemins de fer de l'État, nous avons examiné beaucoup d'employés et des plus malins. Comme pour les autres malades de la clinique, nous nous servions du même dispositif. Ils étaient examinés l'un après l'autre, de 1 heure à 4 heures, dans un vaste et long window inondé de lumière. Les échelles optométriques étaient nombreuses, dissemblables, placées à 5 mètres et à 10 mètres. L'acuité visuelle se définissait d'abord à la première distance, puis à la seconde, et le plus souvent, à la distance de 10 mètres, on découvrait une acuité supérieure; ce qui tendrait à démontrer que, pour ces hommes vivant aux champs, la distance de 5 mètres n'est pas suffisante; elle ne constitue pas l'infini pour leur puissant système dioptrique. La réflexion est originale et demande d'être retenue. L'examen doit durer un certain temps, mais l'appellation de la lettre désignée doit être rapide. Il faut montrer au bout d'une règle épaisse l'optotype, pris au hasard. Par ce moyen simple et en interrogeant un peu vite, on empêche toute supercherie ou tout au moins on s'en rend compte facilement. (Dans ce cas, changer l'échelle et interroger sur les optotypes pour illettrés.) En agissant ainsi, l'examen est méthodique et conforme à la vérité. Il demande un peu plus de peine, il est

vrai, mais nous dispense d'acheter des appareils le plus souvent d'un prix très élevé.

De plus, il y a une lacune dans le disque optométrique Le Méhauté. Il manque des optotypes pour illettrés. C'est peut-être avec intention : d'ores et déjà peut-être on ne recevra dans la marine que des matelots sachant lire. A part cette lacune, qu'il faut absolument combler pour que l'appareil entre dans le domaine public, le disque optotype muni de sa lampe-étalon est un bon appareil, appelé à rendre service.

Pour conclure, laissons de côté les optomètres, les amétromètres et les amétropomètres, parce qu'ils sont inutiles, embarrassants, dangereux même et reposent tous sur un principe mauvais en pareil occurrence. La méthode subjective est à elle seule absolument incomplète, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue de son utilisation (Armée de mer, services publics). Comme nous le savons, cette méthode est secondaire et auxiliatrice; il ne faut donc pas lui donner le pas sur la méthode objective. Revenons et tenons-nous-en d'abord à cette dernière, et, dans cette dernière, à la skiascopie complétée et parachevée ensuite par celle de Donders.

La *méthode skiascopique* est très exacte, très simple, ne demande aucun instrument nouveau (chose tout à fait appréciable pour des marins) et « a l'avantage énorme, dit Parent[1], de s'apprendre en 10 minutes » ! Elle est découverte française et comme telle pas assez proclamée : son inventeur est le Dr Cuignet, médecin militaire (Lille 1874).

Dr P. CARRA.

1. Parent, *Diagnostic et détermination de l'astigmatisme*, page 46.

APPLICATIONS DU DIPLOSCOPE

(SUITE)

DE LA COULEUR BLEUE DU CIEL[1]

PAR

Le Dr REMY

Lorsqu'on regarde au diploscope, on ne tarde pas à être frappé de la coloration gris bleu que prend le papier à l'endroit de certaines lettres. Cette nuance, variable chez le même sujet, paraît parfois très accusée. A travers les trous on voit nettement des disques bleuâtres, tandis que les autres restent blancs ou de la couleur réelle du papier. Le contraste entre les deux genres de teintes rend surtout le phénomène très apparent. Quand on connaît le maniement du diploscope, il n'est pas difficile de voir que c'est le même œil qui voit bleu et l'autre qui voit blanc, et de connaître d'emblée lequel des deux voit le bleu. Quand on fait faire l'expérience à une personne qui ne connaît pas encore l'instrument, on arrive à lui faire connaître l'œil qui voit bleu en cachant alternativement l'un ou l'autre œil. Elle se rend facilement compte de la façon dont les choses se passent.

Les malades que l'on soumet dans un but de diagnostic à l'examen diploscopique accusent souvent d'eux-mêmes la différence de couleur présentée par tel ou tel disque. Cela tient uniquement à ce qu'ils sont placés dans des conditions favorables pour la production du phénomène. Si ce dernier n'est pas constant, cela tient aux conditions mauvaises dans lesquelles on est placé et on peut toujours en modifiant ces conditions faire apparaître plus ou moins la teinte bleue.

Pendant longtemps j'avais pensé moi-même que toutes les personnes n'étaient pas susceptibles de voir bleu; mais, à force de recherches, j'ai fini par découvrir les conditions nécessaires pour faire réussir toujours l'expérience chez tout le monde et pouvoir en donner toutes les explications.

1. V. *Recueil*, janvier, octobre, novembre 1902.

Cette expérience sur la couleur bleue ne fait pas d'ailleurs exception avec toutes celles que l'on fait au moyen du diploscope. Autant les démonstrations faites par celui qui connaît bien l'instrument sont claires et évidentes, autant les expériences sont difficiles à réussir quand on est livré à ses propres forces; les meilleures descriptions, les indications même très détaillées arrivent difficilement à faire comprendre l'instrument et l'on ne peut en avoir une idée exacte, tellement les faits énoncés semblent fantastiques et paradoxaux.

C'est pourquoi, au lieu de me hâter de publier quantité d'observations curieuses, j'ai cru plus utile d'aller moi-même dans les différents hôpitaux faire les démonstrations du diploscope devant tous ceux que cela pouvait intéresser.

Un auditoire de dix à vingt personnes est plus que suffisant. Sur cette quantité, il y en avait toujours un assez grand nombre qui, sans présenter des cas vraiment pathologiques, sortaient néanmoins des conditions normales; aussi je préférais ne pas continuer à leur faire voir les expériences, sauf à les leur montrer plus tard en particulier pour ne pas apporter de trop longues interruptions dans mes démonstrations. Je crois qu'avec les meilleures descriptions, ces personnes livrées à elles seules auraient été incapables de mener à bien les expériences. Il faut, pour atteindre ce but, ou bien corriger auparavant la vue au moyen de verres, ou user de précautions qui exigent des connaissances approfondies de l'instrument et font souvent perdre un temps considérable.

Les personnes dont la vision binoculaire était normale m'ont toutes su gré de mes démonstrations expérimentales et m'ont avoué, pour la plupart, qu'elles auraient renoncé à étudier seules un sujet aussi difficile et aride, d'autant plus qu'il est pour ainsi dire indispensable d'avoir un instrument à sa disposition.

Depuis deux ans, j'ai pu par ce moyen faire voir à plusieurs milliers de personnes les phénomènes de vision binoculaire physiologiques révélés par le diploscope. J'ai eu soin d'indiquer les applications à la pathologie tout en regrettant de n'avoir pas toujours des cas cliniques à faire

observer, mais en insistant sur la nécessité qu'il y avait d'examiner des malades avec cet instrument pour en saisir toute l'utilité.

La différence de teinte vue par les deux yeux sur le même papier blanc est plutôt du domaine de la science pure que de la médecine. Néanmoins, comme cette expérience est surtout du ressort de la physiologie, qu'elle est une de celles qui ont le plus vivement intrigué les médecins, j'ai cru bon d'en parler dans ce recueil, avant de publier d'autres faits qui auraient dû l'être auparavant mais que je ferai connaître plus tard.

Dans l'intérêt de la vérité, je dois dire qu'avant le diploscope la différence de teinte perçue en même temps par les deux yeux avait déjà été observée. Les observateurs qui avaient pu constater le fait sont peu nombreux. Parmi eux je signalerai le professeur Brissaud et le Dr Lapicque, maître de conférences à la Sorbonne (physiologie). Mais le phénomène ne leur avait jamais apparu avec une grande intensité par suite des conditions défectueuses où ils étaient placés; aussi était-il resté sans signification ou plutôt avec une signification fausse. La plupart étaient persuadés que c'étaient leurs deux yeux qui ne voyaient pas de la même façon. Ils n'avaient pas cherché à savoir le motif et par suite à augmenter l'intensité de la coloration.

Déjà en 1901, dans la brochure ayant pour titre : *Le diploscope et ses applications*, j'avais indiqué que la différence de teinte observée par les deux yeux était produite par une différence d'intensité d'éclairage : l'œil tourné du côté de la lumière voyait bleu, tandis que l'autre voyait blanc, quand son éclairage était moindre.

Cette condition est facilement réalisable dans une chambre dont les parois ont une couleur sombre et éclairée d'un seul côté. L'exposition au nord est préférable, la lumière pénétrant moins contre les murs. L'observateur doit être placé de côté, près de la fenêtre, de façon que le côté de la figure tourné vers celle-ci soit seul éclairé et que l'autre soit dans l'ombre.

La teinte gris bleu n'apparaît pas de suite. Elle met presque toujours un certain temps à se produire. Faible d'abord, elle devient de plus en plus foncée, sans cependant atteindre complètement la coloration du ciel.

Cette lenteur à se produire montre bien qu'il ne s'agit pas ici d'un phénomène d'ordre physique. C'est donc une modification d'ordre chimique ou physiologique.

C'est pourquoi, dès cette époque, j'avais songé à la seule explication dans cet ordre d'idée qui fût d'accord avec nos connaissances actuelles. J'avais émis l'opinion que le pourpre rétinien, sous l'influence de la grande lumière, était altéré. N'ayant pas le temps de se régénérer complètement, il traduisait son altération incomplète par une perception de couleur bleue.

En même temps, je faisais l'hypothèse que la couleur bleue, accusée si souvent par les opérés de cataracte, aussitôt après la sortie du cristallin, pouvait pareillement être due à l'altération du pourpre rétinien sous l'influence de l'entrée brusque d'un flot de lumière dans un œil obscurci depuis longtemps. Grâce à l'opacité prolongée du cristallin, la rétine a perdu l'habitude de supporter la lumière, et il n'est pas étonnant que celle-ci, dans ces conditions, exerce une influence d'autant plus grande que l'œil qui vient d'être opéré est exposé en plein à la lumière et n'est plus protégé par l'iris avec sa pupille normale.

Donc au moyen du diploscope on arrive facilement à faire voir du bleu là où il n'y en a pas.

On peut faire l'expérience soit avec le grand, soit avec le petit diploscope et avec les différentes épreuves à quatre, à trois ou deux lettres.

Il est préférable toutefois d'employer le petit diploscope qui, moins encombrant, permet de se placer convenablement vers la source de lumière.

L'expérience à deux lettres verticales est celle que j'ai coutume d'employer maintenant.

De préférence, dans une pièce comme je l'ai indiqué plus haut, je fais placer l'observateur tout près de la fenêtre, de

côté pour qu'un seul œil soit éclairé, et de plus j'ai soin, avec la main ou avec un écran noirci touchant le nez et formant une sorte de cloison médiane, de mettre l'autre œil le plus possible dans l'obscurité.

On ne tarde pas à voir un des deux disques commencer à bleuir.

Quand la teinte est assez nette et tranche assez sur celle de l'autre disque pour que la chose semble bien évidente, je fais constater que c'est l'œil éclairé qui voit bleu. — Le complément de l'expérience consiste à faire faire un demi-tour sur lui-même à l'observateur. C'est alors l'œil primitivement placé dans l'ombre qui devient éclairé et inversement. C'est aussi l'autre œil qui voit bleu, c'est-à-dire toujours celui qui est dans la lumière. Mais il arrive, quand on opère rapidement, que dès le début ce soit encore pendant quelques secondes l'œil primitivement influencé par la lumière qui voit bleu. Cette teinte néanmoins ne tarde pas à disparaître pour se jeter sur l'autre disque, c'est-à-dire à être vue toujours par l'œil éclairé.

On sait depuis longtemps que lorsque l'on est au fond d'un puits on ne voit plus le ciel bleu comme il paraît l'être quand on en est sorti. Et cependant, dans le fond du puits, la vue est plus perçante puisqu'on voit les étoiles en plein midi.

L'acuité plus grande de la vue dans ces conditions n'a rien d'ailleurs qui doive nous surprendre, car nous savons d'autre part que la vision est augmentée quand on fait usage de l'instrument désigné du nom d'*iconoscope*, qui n'a d'autre effet que de préserver les yeux de la trop grande lumière.

L'agrandissement de l'orifice pupillaire semblait jusqu'à ce jour la seule explication possible de l'augmentation de l'acuité visuelle, par suite de la pénétration dans l'œil d'un plus grand nombre de rayons lumineux. Cette explication est encore vraisemblable relativement à la diminution de la vision à la grande lumière, mais ne saurait convenir à la sensation de la teinte bleue que donne le ciel.

Le resserrement de la pupille agit à la façon des petits diaphragmes dans l'art photographique. Ceux-ci rendent les

images peu visibles, au point de rendre difficile la mise au point; mais la teinte bleue reconnaît certainement une autre cause, et il n'est pas improbable que cette cause contribue aussi pour une large part à la diminution de l'acuité visuelle, plus peut-être que le rétrécissement pupillaire.

Jusqu'à présent les savants avaient donné différentes explications de la teinte bleue du ciel. Pour les uns elle était due à l'ozone; et pour d'autres à l'oxygène liquide. On y voyait encore un phénomène de diffraction.

Ces explications auraient dû tomber d'elles-mêmes, puisqu'au fond d'un puits la couleur cesse d'apparaître.

Dans la production de la couleur bleue avec le diploscope, c'est évidemment l'impression relativement trop grande de la lumière sur un œil qui agit, puisqu'il est nécessaire de maintenir un des yeux dans l'ombre pour qu'il continue de voir blanc.

De part et d'autre, dans ces deux expériences l'impression de bleu n'a lieu que lorsque la rétine reçoit un excès de lumière; quand elle en reçoit peu, elle cesse de voir bleu ou voit le papier avec sa teinte supposée la vraie. Il est facile de rapprocher ces deux expériences et de rapporter la même modification à la même cause. C'est la lenteur à se produire qui m'avait fait penser à l'altération incomplète du pourpre rétinien dans l'expérience du diploscope; la même lenteur à se produire devait aussi avoir lieu pour la teinte du ciel, la descente au fond d'un puits exigeant toujours un certain temps. C'est pourquoi, en présence de cette production de bleu là où il n'y en a pas, j'avais cru pouvoir conclure que la teinte bleue du ciel, qui n'existe pas lorsque nous sommes dans l'ombre, devait tenir aussi à l'altération du pourpre rétinien.

Ce qui m'étonne, c'est qu'on ait cherché des explications incompatibles avec l'observation faite au fond du puits.

Il faut croire que cette objection, qu'auraient dû se faire les savants, était peu connue ou mise en doute.

En vérifiant la chose et surtout la faisant vérifier par d'autres présentant quelques difficultés matérielles, je cherchai à rendre la démonstration facile.

Après quelques essais plus ou moins compliqués, voici comment j'ai pu démontrer à de nombreuses personnes que le ciel qui nous semble bleu est en réalité blanc.

Je prends un tube de cuivre ou même de carton autant que possible noirci à l'intérieur.

Ce tube doit avoir de 0 m. 50 à 1 mètre de long et de 0 m. 20 centimètres à 0 m. 30 centimètres de diamètre.

Je commence par faire constater que l'action de regarder par ce tube n'altère pas les couleurs. Pour cela, je fais regarder à travers ce tube en ayant soin d'étendre le bras de façon à tenir le tube aussi loin que possible de l'œil, — les objets colorés conservent leur teinte. — J'insiste sur cette précaution que j'avais d'abord regardée comme superflue, parce que tout récemment on a fait une objection à ma manière de voir sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Quand on a pu constater que le ciel vu à travers le tube tenu loin de l'œil était bleu, je fais appliquer ce tube autour de l'œil en l'appuyant fortement contre la peau de façon que l'œil soit comme dans une chambre noire.

Au bout d'un certain temps, la teinte bleue du ciel vu à travers le tube pâlit. Quand la diminution de teinte ne fait plus de doute, je fais ouvrir les deux yeux en laissant toujours le tube en place. Le contraste est alors de toute évidence. A travers le tube un œil voit un disque complètement blanc, sur un fond bleu vu par l'autre œil.

Des nuages blancs gênent un peu l'expérience en envoyant des reflets lumineux contre les parois du tube. De même, en mal appliquant le tube autour de l'œil, on laisse arriver de la lumière sur l'œil; grâce à cela il continue de voir bleu, ou beaucoup moins blanc.

On a objecté que si on voyait un disque blanc étroit sur large fond bleu, c'est que la partie périphérique de la rétine jouissait seule de la propriété de voir la couleur à l'exclusion de la macula ou de la partie centrale de la rétine. Il suffit de laisser arriver de la lumière sur l'œil en éloignant le tube pour faire tomber cette objection. Du reste, s'il en était ainsi, en regardant le ciel avec un seul œil nous verrions toujours

la partie centrale moins colorée; ce qui n'est pas sensible.

Lorsque je fis faire l'expérience des couleurs avec le diploscope au congrès d'Angers par mon ami le Dr Michaud, j'avais songé à une objection qu'on ne saurait résoudre tant qu'on n'a pas vu une autre expérience du diploscope. Ainsi que je l'avais pensé, aucun des savants qui assistaient au congrès ne la fit. Il suffit, en effet, qu'un seul œil voit apparaître du bleu là où il n'y en a pas pour démontrer que cette couleur n'est pas réelle, mais dépend uniquement des conditions différentes de l'autre, dans lesquelles cet œil est placé.

Le doute n'est pas permis : c'est bien l'arrivée de beaucoup de lumière dans un œil qui lui fait voir bleu; pareillement l'arrivée de la lumière sur les deux yeux à la fois devrait faire voir bleu aux deux yeux en même temps.

Or non seulement il n'en est rien; mais ce qui a semblé plus extraordinaire encore à tous ceux qui l'ont vu : dès que *l'on bouche l'œil qui ne voit pas bleu, l'autre cesse de voir bleu et la couleur ne revient que lorsque les deux yeux sont ouverts.*

Ce fait aussi étrange est pourtant facile à expliquer, à condition d'avoir vu une autre expérience que je vais indiquer, mais à laquelle il vaudrait mieux avoir assisté.

Lorsqu'on regarde au diploscope le mot KOLA, on voit les lettres O et L se rapprocher de trois façons, savoir :

Ou spontanément,

Ou à l'aide de prismes,

Ou avec l'aide de verres convexes.

Elles peuvent se rapprocher au point de se placer l'une par devant l'autre et alors l'une d'elles disparaît complètement. Il suffit de se boucher un œil (l'œil qui voyait l'autre lettre) pour que cette lettre disparue reparaisse de suite.

Le même phénomène se produit avec l'expérience des couleurs. La couleur blanche d'un disque différent de papier apparaît à chaque œil. Lorsque les deux yeux sont placés dans les conditions respectives analogues à celles qui favorisent la disparition spontanée d'une des deux lettres, un des deux disques cesse d'être vu de sa vraie teinte; l'œil alors

a la sensation du bleu; la fermeture de l'autre œil fait reparaître la teinte blanche comme elle fait revoir la lettre disparue.

Dans un cas c'est la neutralisation d'un objet ou d'une figure, dans l'autre c'est une neutralisation spéciale pour la teinte.

Lorsque nous regardons un ciel bleu, l'immensité est devant nous. Aucun objet n'est à la portée de nos yeux. Nous ne voyons rien, l'œil n'a d'impression que la sienne propre qui est celle du bleu.

S'il y avait un nuage blanc, il faudrait préalablement le dissiper pour pouvoir rencontrer cette autre impression.

Il en est de même du papier blanc. Il faut favoriser la disparition de cette teinte blanche pour ressentir l'impression propre du bleu. C'est pourquoi les conditions qui favorisent la neutralisation pour les lettres sont aussi les mêmes pour faire oublier la teinte blanche. La teinte bleue est d'autant plus intense et plus rapide à se produire que toutes ces conditions sont mieux réunies. C'est pourquoi le choix de la chambre, la manière d'éclairer un côté de la figure et d'assombrir l'autre ont tant d'importance dans la réussite de l'expérience.

Dr Remy.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 13 octobre 1903

Présidence de M. A. Terson

M. Péchin, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est adopté.

M. le Dr A. Darier présente **trois nouveaux cas de dents hérédosyphilitiques autres que celles d'Hutchinson.** — Le premier cas a rapport à une enfant de 8 ans dont la mère avait eu des accidents cutanés (roséole) (?) dès le premier mois de sa

grossesse, mais n'avait suivi aucun traitement. L'enfant eut, vers six semaines, des éruptions aux fesses, puis sur tout le corps. La mère et l'enfant furent traités par des dépuratifs! L'enfant resta toujours malingre, contractant un peu toutes les maladies épidémiques. Elle fut amenée à la clinique pour une double ***kératite parenchymateuse***.

Le facies est typiquement hérédospécifique, mais les dents incisives n'ont pas le type classique d'Hutchinson; les canines n'ont pas encore percé. En revanche, les premières grosses molaires permanentes montrent toutes quatre (une en haut et une en bas de chaque côté) l'arrêt de développement caractéristique portant sur le sommet de la dent[1] qu'on peut considérer comme identique au stigmate d'Hutchinson.

Dans ce cas donc, les premières grosses molaires seules pouvaient donner une indication sur la nature de la kératite parenchymateuse que présentait la malade. Le diagnostic n'était nullement consolidé par l'apparition d'une arthrite du genou gauche, puis du genou droit; car il aurait pu aussi bien s'agir de tumeurs blanches et d'accidents tuberculeux.

C'est le stigmate dentaire, dans ce cas, qui a fait découvrir les antécédents manifestes de syphilis ignorée de la mère. L'éclaircissement rapide des cornées qui suivit le traitement hydrargyrique serait encore un appoint au diagnostic de spécificité héréditaire.

Le deuxième malade présenté est un jeune garçon de 13 ans, seul survivant de cinq enfants, qui est en traitement depuis six mois pour une kératite parenchymateuse, actuellement à peu près complètement guérie par deux séries d'injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre. Au début de la kératite, à part la polylethalité et les malformations caractéristiques des premières grosses molaires (les incisives étant à peu près normales et les canines ne s'étant pas encore montrées), il n'y avait aucun autre signe diagnostique permettant de rattacher cette kératite à des antécédents spécifiques héréditaires. Aujourd'hui, il en est tout autrement, car depuis deux mois les deux canines inférieures ont fait leur apparition portant le caractère hutchinsonien le plus parfait qui se puisse trouver. Une canine supérieure laisse aussi voir sa pointe typique sur le point de percer.

Donc, dans ce cas, le stigmate signalé par Darier a précédé celui si bien étudié par Hutchinson. Les deux se complètent l'un l'autre.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un autre enfant de 13 ans,

1. Voir *Bulletin de la Société Française d'Opht.*, 1903.

seul survivant de quatre enfants issus d'un père manifestement syphilitique et soigné antérieurement comme tel, et atteint aujourd'hui de névrite optique double. L'enfant n'a présenté encore aucun accident du côté des yeux, mais il est porteur de quatre premières grosses molaires montrant le stigmate typique des dents de Darier. Les incisives, petites et irrégulières, ne sont pas caractéristiques et les canines n'ont pas encore fait leur apparition.

Ici donc, ce n'est pas la denture qui fait ressortir la spécificité héréditaire, c'est plutôt cette dernière bien avouée, qui se traduit par la polyléthalité et le stigmate dentaire.

Hutchinson avait noté cette altération des molaires; mais il avait cru pouvoir la rattacher à l'influence du traitement mercuriel; il les appelle « mercurial teeth » : dents mercurielles.

Or ces dents se présentent presque toujours en compagnie de dents d'Hutchinson, soit incisives, soit canines (il est rare que les trois espèces de dents soient prises); si donc les altérations des unes sont dues à l'action du mercure, les autres doivent être de même nature. Or les premières grosses molaires se développent avant les canines et les incisives, ce ne serait donc que le traitement mercuriel de la mère qui pourrait agir sur elles, la couronne d'émail étant le plus souvent déjà formée au moment de la naissance. Les autres évoluant un mois ou deux plus tard, ce ne pourrait être que le traitement mercuriel de l'enfant lui-même qui pourrait les altérer. Mais les premières, comme les dernières de ces dents, se rencontrent le plus souvent dans des cas où la syphilis a été complètement ignorée et où aucun traitement mercuriel n'a été institué.

Ce qui fait surtout que les stigmates hérédospécifiques des premières grosses molaires ont passé jusqu'ici inaperçus, c'est que ces dents, mal développées, par leur pauvreté en émail et leurs angles très saillants sont exposées à une prompte carie. C'est à ce point que leur disparition complète, ou la carie de la couronne portant sur les quatre dents à la fois, serait pour M. Darier un indice d'hérédospécifité quand ce fait se produit en même temps que la kératite parenchymateuse, l'asymétrie cranienne et la surdité; le plus souvent, on voit en même temps que les quatre chicots cariés une ou plusieurs dents d'Hutchinson.

Les trois groupes de dents en question évoluent dans l'ordre suivant :

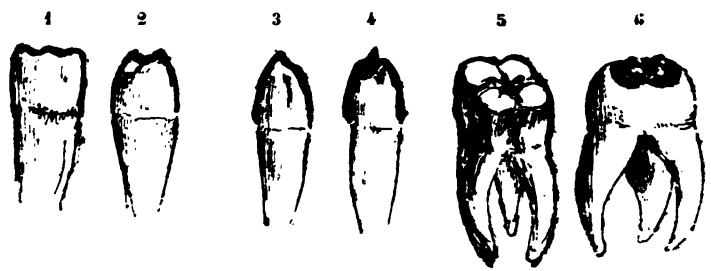
1° Premières grosses molaires dont la calotte d'émail apparaît dans les derniers mois de la vie intra-utérine;

2° Les incisives qui se recouvrent d'émail dès le premier mois de la naissance;

3° Les canines dont le développement se fait quelques jours plus tard que les précédentes.

Or c'est justement dans les premiers mois de la naissance que se produisent les accidents hérédospécifiques, il est tout naturel qu'un processus pathologique aussi grave et d'une durée aussi longue provoque un certain arrêt dans le développement des dents en voie d'évolution. Si ce sont les premières molaires qui naissent au moment des accidents spécifiques, leur évolution même étant déjà retardée d'un ou deux mois par la tare syphilitique, ce seront elles qui porteront la trace de l'arrêt subi dans leur développement (sommet de la dent); si ce sont les incisives, si ce sont les canines, ce seront elles qui seront stigmatisées.

Il se peut fort bien aussi que les accidents spécifiques aient une gravité telle que le développement des trois groupes dentaires susnommés soit également entravé, et que le maxillaire tout entier soit lui-même plus ou moins dystrophique et asymétrique, ainsi qu'on le remarque souvent chez les hérédospécifiques où la tare est très évidente et très marquée.



La figure ci-dessus montre les types différents : 1, incisive normale; 2, incisive hutchinsonienne; 3, canine normale; 4, canine hérédospécifique; 5, première grosse molaire normale; 6, première grosse molaire avec arrêt de développement spécifique.

Prof. F. DE LAPERSONNE et le Dr OPIN. **Sarcome péripapillaire.** — L'observation nouvelle que nous présentons aujourd'hui nous a paru offrir un assez grand intérêt tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique : cette question des tumeurs intra-oculaires est d'ailleurs inépuisable en enseignements divers. Ce qui distingue notre cas, c'est d'abord l'aspect tout à fait spécial du fond de l'œil qu'il nous a été permis de suivre pendant de longs mois, les lésions ne s'accompagnant ni de glaucome ni de décollement de la rétine, et qui a fait planer assez longtemps un doute sur le diagnostic. A ce titre, cette tumeur aurait pu rentrer dans ce

que Goldzieher désignait plaisamment sous le nom de « cryptosarcome », vaste catégorie comprenant les cas trop nombreux où la tumeur reste cachée pour le chirurgien et met sa perspicacité en défaut.

La seconde particularité de notre observation réside dans le siège de la tumeur qui est franchement péripapillaire. Cette localisation peut expliquer quelques-uns des symptômes que nous avons observés, et c'est pourquoi nous désirons entrer dans quelques détails.

Il s'agit d'une femme de 41 ans, sans antécédents héréditaires : sujette aux bronchites pendant toute sa jeunesse; réglée à 12 ans, mariée à 20 ans; son mari, alcoolique, n'a jamais présenté de signes de tuberculose ni de syphilis.

Elle a eu deux enfants venus à terme et deux fausses couches. L'aîné des enfants a eu dans son bas âge une coxalgie qui s'est compliquée d'abcès et a nécessité une opération de curetage des fongosités. Il a actuellement 18 ans et ne présente pas de tuberculose pulmonaire. L'autre enfant est bien portant.

Deux ans après son mariage, la malade aurait eu des éruptions généralisées, mais les éruptions s'accompagnaient d'un prurit intense. Rien ne permet de les rattacher à la syphilis. Il y a douze ans elle a eu au cou un abcès qui a duré pendant très longtemps et aurait guéri après l'extraction d'une dent. Notre malade a toujours toussé tous les hivers. Il y a six ans, elle eut des hémoptysies, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement; un médecin diagnostiqua de la tuberculose pulmonaire. Il y a trois ans, nouvelles hémoptysies, mais moins abondantes que les premières. Depuis cette époque l'état général s'est beaucoup amélioré. Actuellement, il n'y a pas d'amaigrissement, pas de toux. Cependant l'auscultation indique des signes de tuberculose pulmonaire en voie de cicatrisation, au sommet droit.

Au point de vue oculaire, la malade a toujours eu, dit-elle, la vue faible, ce qui peut s'expliquer par un haut degré d'hypermétropie. Il y a deux ans, la vue a commencé à baisser beaucoup de l'œil droit. Elle éprouvait de violentes douleurs de tête, mais sans localisation dans la région orbitaire. C'est au mois d'août 1902 que, préoccupée de son état, elle est allée consulter dans deux cliniques. Un de nos confrères les plus distingués porta le diagnostic de névrorétinite et soumit la patiente, sans succès, à un traitement par les injections de calomel.

Au mois d'octobre cette femme se présente pour la première fois à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Par l'examen ophtalmoscopique, dans l'œil droit, dont les milieux sont parfaitement transparents, on constate à l'image ren-

versée, un soulèvement gris argenté de tout le pôle postérieur. Sur ce fond grisâtre se voient des veines très augmentées de volume. On éprouve d'ailleurs quelque difficulté à se mettre au point pour le milieu du soulèvement. Au contraire, quand on fait regarder en haut ou en bas, on distingue nettement les limites de la saillie qui tranchent comme une ligne noirâtre sur le fond rouge. A l'image droite on trouve entre le sommet du soulèvement et les bords une différence de 8 dioptries environ. Si l'on suit les vaisseaux, on voit qu'en beaucoup de points ils sont coupés et engainés dans les fibres nerveuses fortement œdématiées. Au point qui paraît devoir correspondre à la papille, on trouve de nombreuses stries parallèles de couleur carmin, représentant évidemment des hémorragies en flammèches. Le soulèvement du fond de l'œil s'étend surtout en haut et en dehors (image droite). En aucun point on ne note de tremblotement, comme dans un décollement de la rétine, ni le signe de vascularisation propre d'une tumeur choroïdienne. Le tonus est absolument normal et les douleurs de tête n'existent plus.

Au point de vue fonctionnel, la vision de cet œil est fort réduite. Comme acuité visuelle, elle compte les doigts à 50 centimètres, tandis que OG $V = 1/3 + 5$ D. Le champ visuel est considérablement réduit en haut et en dehors.

Soumise à nouveau à un traitement mercuriel par les injections intramusculaires de biiodure, l'état de cette malade n'a guère changé pendant près de trois mois.

Le 23 janvier dernier, discutant le diagnostic dans une de nos cliniques, nous pouvions constater que l'aspect du fond de l'œil était à peu près le même. La vision était un peu diminuée, la malade ne comptait plus ses doigts qu'à 20 centimètres et le champ visuel était plus rétréci. La saillie très marquée du fond de l'œil nous avait fait songer tout d'abord à une tumeur, mais l'état presque stationnaire pendant plusieurs mois, l'absence de décollement de la rétine et de glaucome, l'aspect même de la tumeur semblent devoir éloigner cette hypothèse. Il y avait là un aspect œdémateux de la rétine, avec vaisseaux enfouis dans l'œdème et des hémorragies en flammèches, que l'on n'a pas coutume de retrouver dans un sarcome de la choroïde. Parmi les tumeurs bénignes, le cysticerque sous-rétinien était facilement éliminé; ce n'était pas non plus cette dégénérescence kystique de la rétine, dont Panas et Darier ont décrit un exemple si remarquable.

Frappé par l'aspect de névrorétinite œdémateuse localisée au niveau de la saillie, tenant compte d'autre part des antécédents nettement tuberculeux de la malade et de l'inefficacité du traitement antisyphilitique, nous nous demandions s'il ne s'agissait pas

d'une localisation tuberculeuse, véritable gomme du nerf optique ou de la rétine, très différente des nodules tuberculeux choroïdiens. Sans être fréquents, des cas analogues ont été observés et publiés par Michel, Bailey; dans une observation de O' Sullivan et Story[1], l'examen ophtalmoscopique donnait l'apparence d'une papillite intense avec cette exception que la papille était extrêmement blanche et présentait un gonflement inaccoutumé. Plus récemment, Arnold Knapp[2] a examiné histologiquement un cas analogue. En tout cas, nous concluions à l'expectation : l'absence de douleurs, la conservation d'une partie de la vision, l'état stationnaire ne nous permettaient pas de proposer une énucléation; la malade se refusait d'ailleurs à toute intervention.

La malade se représentait de loin en loin à la clinique et nous ne pouvions constater aucun changement ophtalmoscopique, mais un affaiblissement progressif de la vision, lorsqu'à la fin de mai, huit mois après notre premier examen, elle est prise brusquement de violentes douleurs : elle vient dès le lendemain à l'Hôtel-Dieu où il nous est facile de reconnaître tous les signes d'un glaucome aigu, avec effacement complet de la chambre antérieure et aspect chatoyant de la pupille, indiquant un décollement total de la rétine. Il n'y a plus de doute, il s'agit bien d'un néoplasme intra-oculaire. Dès le surlendemain, nous pratiquons l'énucléation. L'examen de la coupe du nerf optique ne nous faisant reconnaître aucune altération macroscopique, aucune tache pigmentaire, nous jugeons inutile de réséquer à nouveau le nerf optique. Jusqu'à ce jour nous n'avons pas constaté de récidive orbitaire.

L'œil sectionné suivant l'équateur donne issue au liquide jaune citron d'un exsudat sous-rétinien; sous la rétine décollée on constate l'existence d'une tumeur mélanique, de forme ovalaire à grand axe vertical, remplissant le fond de la coque oculaire sur une étendue de 15 millimètres carrés environ. A la surface de la tumeur, il existe un petit lobule arrondi, de la grosseur d'une lentille, situé un peu en dehors et en dessous du point correspondant à la papille. Autour de ce lobule, la rétine est adhérente et on voit partir une collerette de petits vaisseaux.

Examen microscopique. — La pièce a été préparée au formol, montée dans la celloïdine; les coupes ont été orientées verticalement.

a) Coupes situées entre le bord interne de la tumeur et la papille. — A ce niveau la tumeur est bilobée. Chaque lobe a une forme ovalaire à grand axe vertical : le lobe inférieur est le plus

1. O' Sullivan et Story, *Trans. of R. Ie of Inland*, XVII, p. 451.
2. Arnold Knapp, *Arch. of. ophthalm.*, XXXVI.

pigmenté. Ils sont séparés par un pont de tissu choroïdien. A ce niveau les mailles de la choroïde, très distendues, nous montrent bien nettement l'envahissement de cette membrane par les cellules néoplasiques. Le lobe inférieur a effondré les lames internes de la sclérotique et quelques vaisseaux sont engainés par de véritables manchons néoplasiques. Il y a là quelque chose d'équivalent à une injection des vaisseaux ciliaires postérieurs, montrant bien la voie fréquemment suivie par une tumeur intraoculaire pour se frayer passage à l'extérieur.

b) ***Coupes passant par la papille.*** — Les deux lobes ont augmenté de volume et sont presque au contact, séparés seulement par les deux feuillets de la rétine appliqués l'un contre l'autre et

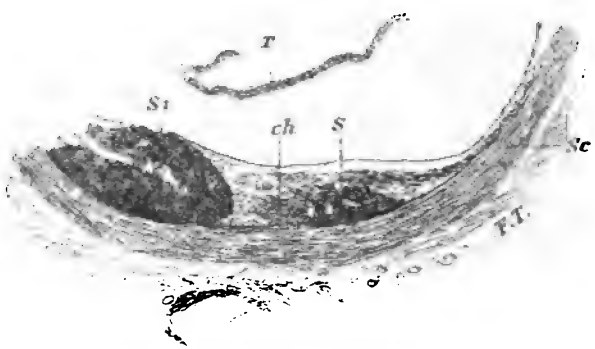


FIG. 1. — Coupe de la tumeur en dedans de la papille.
Sc, sclérotique; — *S*, *S1*, lobes de la tumeur; — *r*, rétine; — *ch*, choroïde.

par la papille. On peut suivre facilement, sur la série des coupes, le trajet des branches de bifurcation de l'artère centrale, qui sont en divers points comprimées entre les deux lobes de la tumeur. Le lobe inférieur envoie un prolongement pigmenté dans les faisceaux du nerf optique, mais ce prolongement ne dépasse pas la lame criblée. Les lames externes de la sclérotique sont aussi envahies au voisinage de l'anneau scléral par le tissu mélanique. En avant du lobe inférieur, on voit le petit lobule arrondi, qui paraît d'abord enfoui dans les circonvolutions de la rétine, mais qui se rapproche bientôt de la masse principale, dont il n'est alors séparé que par la lame vitrée de la choroïde.

c) ***Coupes passant par la partie externe de l'anneau scléral.*** — Les deux lobes supérieur et inférieur sont réunis et il y a continuité dans toute la masse néoplasique. On voit ainsi que le petit lobule qui, sur les coupes précédentes, était séparé de la portion principale, fait maintenant corps avec elle.

Au point de vue de la structure, il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes, farcies de pigment.

Les coupes du segment antérieur montrent l'existence d'une soudure de Knies; il n'y a pas trace de cellules pigmentaires dans l'angle irido-kératique.

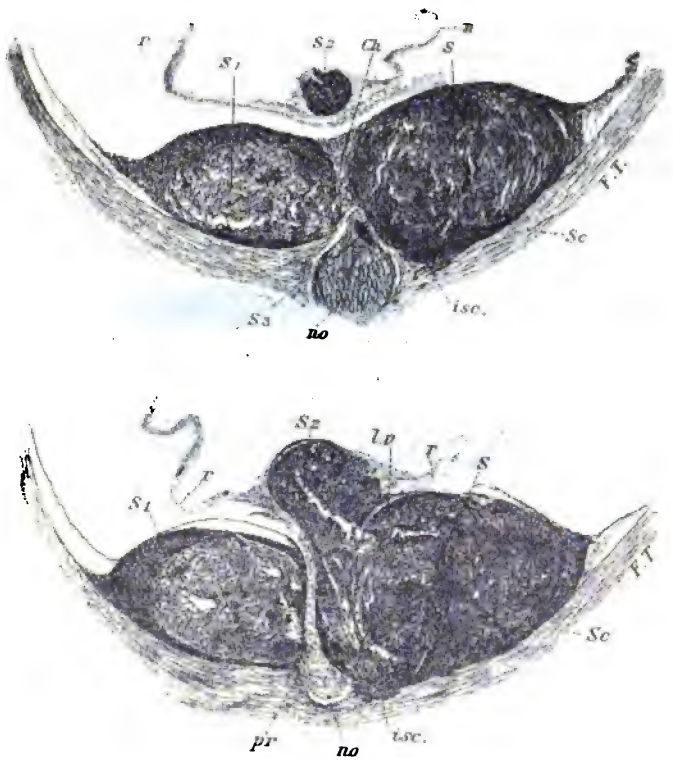


Fig. 2 et 3. — Coupes passant par la papille et le nerf optique.

S2, noyau de la tumeur, d'abord enfoui dans la rétine, formant plus loin le nodule de la tumeur; - - *lv*, lame vitrée de la choroïde; — *S3*, prolongement de la tumeur dans le nerf optique; — *no*, nerf optique; — *isc*, envahissement de la sclérotique; - - *pr*, faisceaux papillaires séparant les deux lobes de la tumeur.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer ne peuvent laisser aucun doute; notre cas mérite bien le nom de sarcome péripapillaire. En allant de dedans en dehors, la série des coupes nous montre les lobes supérieur et inférieur venant à la rencontre l'un de l'autre, pour fermer la bague qui enserre la papille. Ces lobes sont encore séparés par un pont de substance choroïdienne, déjà

infiltrée de cellules pigmentaires et d'éléments sarcomateux. En dehors, se trouve la partie de la tumeur la plus développée, et c'est certainement de ce côté qu'est le point de départ du néoplasme. A ce niveau, nous voyons un commencement d'infiltration de la sclérotique et un prolongement qui pénètre dans la papille, sans cependant dépasser la lame criblée, ni envahir les gaines ou les septainterfasciculaires du nerf optique. C'est encore là que se trouve ce champignon de tissu sarcomateux, étranglé par la lame vitrée de la choroïde, Entre les deux, les éléments de la papille, vaisseaux et fibres nerveuses, allongés et comme passés à la filière, viennent ensuite s'épanouir dans la rétine décollée secondairement.

Cette disposition permet de logiquement expliquer l'aspect

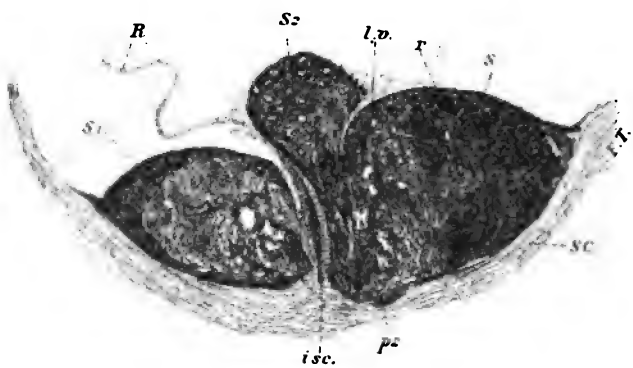


FIG. 4. — Coupe de la tumeur en dehors de la papille.

ophtalmoscopique que nous avons observé pendant si longtemps. La coloration gris bleuâtre de la rétine, coiffant le relief du pôle postérieur, les vaisseaux émergeant de place en place de l'œdème, les hémorragies en flammèches, tout cela semble dû à un véritable étranglement de la papille, à une stase papillaire vraie, sans névrite. Et cet état a persisté jusqu'au jour où, la tumeur se développant davantage, la stase veineuse s'est produite à son tour dans la choroïde et où l'exsudation séreuse qui en est résultée est venue brusquement décoller la rétine et entraîner des phénomènes glaucomateux, suivant un mécanisme indiqué par Fuchs.

On comprend qu'une telle disposition ne se rencontre que bien rarement. D'abord, parce qu'il n'est pas fréquent de voir un néoplasme malin, comme le sarcome mélanique, rester aussi longtemps à la période préglaucomateuse, ne pas s'accompagner de décollement de la rétine et permettre, pendant plus de huit mois, l'examen ophtalmoscopique. Ensuite, parce qu'en elle-

même la localisation primitive au niveau de la papille est rare.

Elle serait même très rare au dire de Möhlmann (Thèse de Fribourg 1901) et de Fehr, assistant du professeur Hirschberg, qui en a publié récemment un cas très intéressant[1]. Ces auteurs n'en ont réuni que *cinq* cas, tous empruntés à la littérature allemande[2]. Mais il serait peut-être nécessaire de rechercher dans les cas publiés de sarcome maculaire. Parmi les quatre belles observations de sarcome juxtapapillaire, publiées par Panas et Duvigneaud[3], s'il en est dans lesquelles le néoplasme passait devant la papille en l'aplatissant littéralement, il en est au moins une (n° 124), où il est dit expressément que « la papille est complètement englobée par la tumeur qui, primitivement développée à son côté externe, a envoyé un lobule contournant le nerf optique et apparaissant au côté interne de la portion intraoculaire ». Un des cas de leucosarcome, publiés par Lagrange, dans son Traité, paraissait s'être développé dans la même région. En faisant quelques recherches bibliographiques dans les auteurs français, nous sommes convaincus qu'on pourrait en trouver d'autres.

Une autre raison pour laquelle le sarcome péripapillaire est rarement décrit, c'est que, comme pour la grande majorité des sarcomes mélaniques du pôle postérieur, il a une tendance à se développer rapidement soit en avant dans le globe, soit en arrière dans l'orbite et le nerf optique, et que bientôt il n'est plus possible de reconnaître le point de départ de ces volumineuses tumeurs intra et extraoculaires. Cet envahissement se fait par la sclérotique, perforée ou infiltrée, par l'anneau scléral et les gaines du nerf optique, enfin par les cloisons interfasciculaires du nerf. Fehr a justement insisté sur ce mode de propagation par ces véritables voies lymphatiques.

Notre cas est encore une exception à cet égard, puisqu'à part un peu d'infiltration de la sclérotique, il n'y avait pas de tendance à la propagation au dehors. Les gaines ne présentaient aucun noyau néoplasique et les prolongements ne dépassaient pas la lame criblée. Il faut attribuer ce fait, d'une part, à la très lente évolution du néoplasme pendant la première période et, d'autre part, à notre intervention immédiate dès que les accidents glaucomateux se sont produits.

Quant au lobule surajouté en avant de la tumeur, la disposition s'explique parfaitement par le mécanisme bien mis en lumière

1. Fehr, *Centralb. f. p. Augenh.*, mai 1902.

2. Cas de Fuchs, Kerschbaumer, Schieck et les deux récents de Möhlmann et Fehr.

3. Panas et Duvigneaud, *Recherches sur le sarcome et les néoplasmes intraoculaires.* Masson, Paris, 1898.

par Davigneaud. Sur une série de coupes, on voyait la lame vitrée de la choroïde séparant complètement le lobule de la portion principale, tandis que dans d'autres elle formait un véritable étranglement entre les deux parties de la tumeur. Plus loin, l'extrémité libre de ce lobule paraissait enfouie dans les circonvolutions de la rétine, mais il était facile, au moyen de la série des coupes, de se convaincre qu'il ne s'agissait que d'un prolongement de la tumeur et non d'un noyau métastatique développé dans l'intérieur de la rétine.

M. Chaillous et Mlle Toufesco. **Un cas de conjonctivite infectieuse de Parinaud.** — Le 10 juin dernier, le nommé F..., âgé de 16 ans, vint à la consultation de l'hôpital Lariboisière (service de M. Morax), pour un gonflement des paupières de l'œil gauche. Dès le 6 juin au soir, le malade avait ressenti quelques picotements au niveau de cet œil. Le lendemain, l'œil devint rouge. Le 8, les paupières, mais surtout la supérieure, sont gonflées; elles se laissent difficilement entr'ouvrir et il s'en échappe une sécrétion blanc jaunâtre. Le malade fait des applications de compresses chaudes, mais comme l'état persiste à peu près sans changement, il vient nous consulter.

On est de suite frappé par le gonflement des paupières légèrement rosées. La supérieure recouvre le globe entièrement caché. Un peu de muco-pus suinte aux commissures. Le malade souffre peu. En éversant la paupière inférieure, on fait saillir un bourrelet formé par le cul-de-sac de la conjonctive épaissie et tomenteuse. Le bourrelet est formé par une série de saillies peu élevées, opalescentes, assez régulièrement arrondies. Les sillons qui les séparent sont peu profonds et l'on ne voit pas de végétations faisant une saillie plus marquée qu'une autre.

Malgré son œdème, la paupière supérieure se renverse facilement et toute sa conjonctive tarsienne, ainsi que la conjonctive du cul-de-sac, présente le même aspect opalescent et les mêmes soulèvements arrondis. Peu de sécrétion au niveau de la conjonctive elle-même. La conjonctive bulbaire a son aspect normal. Rien à noter du côté des yeux.

Le ganglion préauriculaire gauche, volumineux, soulève la peau. Il est empâté et douloureux à la pression. On trouve d'autres ganglions en arrière de la branche montante du maxillaire du même côté, tandis qu'à gauche on n'observe rien de semblable. Il existe des ganglions cervicaux des deux côtés; les ganglions épitrochléens, les ganglions inguinaux sont également gonflés, mais durs, mobiles et indolores. L'œil et les paupières du côté droit paraissent normaux.

Le malade est pâle, dit avoir maigri de 1 kilogramme depuis quelques semaines : l'examen complet des viscères est négatif.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont vivants et assez bien portants. La mère a eu des hémoptysies. Ils ont eu huit enfants, les cinq premiers sont morts en bas âge.

Notre malade, le dernier de ces enfants, est né à terme, a eu la variole, la rougeole et des convulsions.

Employé dans une fabrique de balayeuses, il est exposé toute la journée à la poussière.

Une huitaine avant le début des troubles oculaires, il s'était aperçu qu'il portait à la face externe de l'avant-bras gauche un « abcès » qu'il considéra comme un furoncle. En même temps que lui, deux de ses camarades, travaillant dans le même atelier, présentèrent des accidents semblables. Le premier atteint fut un ouvrier de 15 ans, demeurant à la Villette, près des Abattoirs. Il eut lui aussi un « furoncle » de l'avant-bras gauche. Le second présenta les mêmes lésions dans la région temporale gauche et sur le côté droit du menton.

Quand nous examinons notre malade, il ne présente plus à l'avant-bras qu'une lésion en voie de guérison. Il persiste une induration violacée superficielle, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, avec une ulcération centrale de 3 à 4 millimètres. L'ulcération est recouverte d'une croûte et la gouttelette de pus qu'elle cache ne contient, à l'examen des lames, que quelques cocci ayant l'aspect de staphylocoques.

On examine aussi la sécrétion conjonctivale. Comme nous l'avons dit, elle est minime. Elle ne contient aucune forme microbienne.

Dans une observation de M. Parinaud, le mari de la malade fut atteint lui aussi d'abcès de la joue, pendant que sa femme était atteinte de conjonctivite infectieuse (Thèse de Dominique).

Le 11 *juin*, les lésions de l'œil gauche présentent le même aspect que la veille.

Mais l'œil droit, qui semblait indemne jusqu'alors, présente un peu de gonflement des paupières et une légère infection de la conjonctive bulbaire. En éversant la paupière inférieure, on aperçoit la conjonctive épaissie, légèrement grisâtre et irrégulière. La conjonctive tarsienne supérieure a le même aspect que la conjonctive de l'œil gauche, avec ses saillies arrondies et ses dépressions peu profondes.

12 *juin*. — OG. État stationnaire.

OD. La lésion envahit la conjonctive bulbaire, mais d'une façon peu régulière : en dedans et en dehors, elle descend beaucoup plus bas qu'au milieu et elle s'accompagne de vaisseaux peu nombreux mais très dilatés.

13 *juin*. — A l'œil gauche, les saillies sont plus violacées que les jours précédents; elles ont un aspect framboisé qu'elles n'avaient pas encore présenté : mollasses, elles n'ont en aucun point la coloration jaune que l'on trouve notée dans d'autres observations.

A droite, même coloration des lésions de la conjonctive tarsienne; mais les sillons qui séparent les saillies sont moins profonds que du côté opposé.

L'infiltration a envahi la conjonctive de l'angle interne et de la caroncule. A la paupière inférieure, les sillons sont à peine marqués, et la conjonctive de couleur gris rose semble beaucoup moins atteinte que le reste de la conjonctive du même côté.

14 *juin*. — L'état des conjonctives est stationnaire : les ganglions préauriculaires droit et gauche sont gonflés, le droit moins que le gauche. On constate aussi une adénopathie cervicale susclaviculaire, postérieure, axillaire et épitrochléenne. Tous les ganglions sont beaucoup plus gonflés du côté gauche que du côté droit. Les ganglions inguinaux sont moins volumineux que dans les autres régions. A la palpation, on sent le bord inférieur de la rate et la pression à ce niveau est légèrement douloureux.

15 *juin*. — Les lésions ont progressé du côté droit, surtout au niveau de la conjonctive bulbaire.

16 *juin*. — Le ganglion préauriculaire droit diminue de volume. Le malade est conduit chez M. Parinaud, qui reconnaît dans le cas que je lui présente la conjonctivite infectieuse qu'il a décrite autrefois.

17 *juin*. — M. Parinaud ayant pensé qu'il pouvait s'agir d'une infection d'origine aphteuse, je conduisis le malade au laboratoire de M. Nocard, à l'Ecole d'Alfort. M. Vallée, chef du laboratoire, tout en nous disant que l'allure clinique de cette conjonctivite, que son évolution, que sa bilatéralité ne rappellent pas l'infection aphteuse, veut bien faire les inoculations nécessaires. Avec le produit du raclage de la conjonctive, on inocule la muqueuse nasale de petits porcs, animaux les plus sensibles à l'infection aphteuse. Il n'y eut aucun résultat. Il en fut de même des inoculations faites au laboratoire de M. Morax, chez le cobaye et dans la chambre antérieure du lapin.

19 *juin*. — Le ganglion préauriculaire gauche diminue de volume et n'est plus douloureux à la pression. Le ganglion préauriculaire droit n'est plus guère appréciable. Les ganglions du cou semblent diminués de volume. L'œdème et la rougeur des paupières sont moins marqués; la lésion conjonctivale semble rétrocéder des deux côtés.

21 *juin*. — On ne sent plus le ganglion préauriculaire droit

et celui de gauche n'est plus douloureux à la pression. La lésion conjonctivale rétrocède des deux côtés. La coloration du cul-de-sac inférieur de la conjonctive gauche se modifie, et de framboisée qu'elle était devient gris rosé; les saillies deviennent moins nettes et les sillons moins profonds.

23 *juin.* — Ablation du ganglion préauriculaire droit (M. Morax).

26 *juin.* — La tuméfaction et la rougeur des paupières ont disparu; le malade ouvre facilement les yeux. Les ganglions du cou diminuent de volume.

27 *juin.* — Ablation du fil. Cicatrisation parfaite de l'incision préauriculaire.

29 *juin.* — La conjonctive des deux culs-de-sac inférieurs n'est plus qu'épaissie, sans saillies nettement délimitées. Mais au niveau des conjonctives tarsiennes, la muqueuse présente encore des saillies arrondies, jaune rosé, ressemblant beaucoup aux granulations tarsiennes de la conjonctivite printanière.

Tous les ganglions constatés au début de l'affection persistent, sauf les ganglions préauriculaires.

4 *juillet.* — Examen des fosses nasales et de la gorge (service de M. Sebileau) : on constate un « catarrhe nasal et des végétations adénoïdes ».

Les conjonctives tarsiennes des deux paupières supérieures présentent le même aspect que les jours précédents. L'adénopathie préauriculaire droite a disparu. On sent la chaîne des ganglions cervicaux plus marqués à gauche qu'à droite. Les ganglions épitrochléens sont encore sensibles.

Le malade quitte le service. Pendant son séjour à l'hôpital, salle Daniel, sa température fut prise à partir du 14 juin. Elle ne dépassa pas 37° 8.

Comme traitement, on essaye à plusieurs reprises et sans résultats appréciables les instillations de sulfate de zinc, de nitrate d'argent. Le 4 juillet, on fit une instillation de sulfate de cuivre. On avait l'intention de continuer ce mode de traitement, mais le malade ne revint plus à la consultation.

11 *octobre.* — Le malade est revu chez lui. Il ne se plaint d'aucun trouble oculaire. Les paupières ont leur aspect normal, ainsi que la conjonctive bulbaire, et la conjonctive des culs-de-sac inférieurs a toute sa souplesse habituelle. En éversant les paupières supérieures, on constate dans toute la moitié supérieure de la conjonctive tarsienne un épaississement de la muqueuse, avec état papillaire ressemblant à la forme tarsienne de la conjonctivite printanière.

Les ganglions constatés à plusieurs reprises chez notre malade

tivement homogène d'éléments cellulaires dans laquelle on ne différencie que les lumières de vaisseaux assez nombreux et quelques zones à contours diffus où ces éléments cellulaires paraissent plus serrés les uns contre les autres, formant de véritables granulations.

L'infiltration diffuse est constituée par des cellules très chromophiles, à noyau assez volumineux et à protoplasme peu développé. Ces cellules correspondent à des lymphocytes et siègent dans les mailles du tissu réticulé de la conjonctive qu'ils dissocient. Un assez grand nombre de ces cellules présentent les modifications karyokinétiques du noyau.

A côté de ces éléments prédominants, on voit des cellules plus volumineuses ayant les caractères des macrocytes. A côté de ces cellules, on rencontre des capillaires et des petits vaisseaux dont la lumière renferme presque toujours un ou deux leucocytes polynucléaires. On remarque cependant que le développement vasculaire est beaucoup moins considérable qu'on ne l'observe dans la conjonctivite granuleuse.

Les granulations qui se détachent du fond de l'infiltration diffuse par une coloration un peu peu plus intense, sont constituées par les mêmes éléments cellulaires. Les éléments sont plus serrés les uns contre les autres. Les cellules placées à la périphérie ne se distinguent en rien de celles qui sont au centre.

Ganglion préauriculaire. — La coupe comprend la plus grande partie du tissu ganglionnaire dans lequel se trouve enclavé un petit lobule de la glande parotidienne. Disons tout de suite que les acini et les conduits excréteurs de cette glande présenten leurs caractères normaux et qu'en aucun point on ne remarque d'infiltration leucocytaire du tissu glandulaire. Les caractères du tissu ganglionnaire ne paraissent pas modifiés; les follicules lymphatiques sont nettement apparents. La vascularisation n'est nullement anormale. On y trouve un grand nombre de cellules à corpuscules, mais les autres éléments cellulaires ne paraissent pas modifiés quant à leur caractère et à leur nombre relatif. On est frappé du très grand nombre de figures karyokinétiques.

En somme, il s'agit surtout d'une hypertrophie simple du tissu lymphatique du ganglion.

Résultats expérimentaux. — Le 13 juin 1903 un lambeau de conjonctive est inoculé sur la peau de l'abdomen d'un *cobaye*, qui ne présente dans la suite ni ulcération ni adénopathie et qui est encore vivant en octobre.

Le 23 juin 1903 un fragment de ganglion est divisé en trois morceaux.

L'un est broyé aseptiquement et ensemencé dans des tubes de

culture de gélose, de gélose ascite et de sérum. Ces tubes demeurent stériles.

Un fragment est inoculé dans la chambre antérieure d'un *lapin gris* de 2 kilog. Le fragment est résorbé en trois semaines sans qu'il se produise aucune réaction. Le lapin meurt accidentellement le 14 août. L'autopsie est négative, pas de lésions tuberculeuses.

Enfin un cobaye de 620 grammes est inoculé avec un troisième fragment. L'animal ne présente dans la suite aucun trouble.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ce fait d'un cas dont l'aspect clinique présentait certaines analogies avec celui de la conjonctivite infectieuse. Il s'agit du cas décrit par M. Darier (*Clinique ophtalmologique*, 1903, p. 304). La fixation de la pièce dans le formol à 10 p. 100 donnait des images moins bonnes. Mais il est néanmoins facile de constater la différence histologique entre les deux affections. C'est d'ailleurs la constatation dans les coupes de la conjonctive de très nombreuses cellules géantes et de bacilles tuberculeux dans ces cellules qui a permis de rectifier le diagnostic clinique. Dans les coupes longitudinales, l'épithélium est conservé et présente des différences d'épaisseur suivant les points où l'on examine. Le tissu sous-épithélial est infiltré de lymphocytes, mais on constate aussi un développement assez marqué du tissu conjonctif formant des îlots où l'on découvre des cellules géantes typiques. Par la méthode d'Ehrlich on arrive à déceler dans un certain nombre de ces cellules géantes des bacilles acido-résistants ayant l'aspect morphologique du bacille tuberculeux.

Conclusions. — Les lésions histologiques constatées dans la conjonctive attestent l'existence d'un processus inflammatoire à caractère subaigu. L'infiltration de mononucléaire et la formation de granulations à contours diffus, la bonne conservation du tissu de recouvrement épithélial rappellent dans une certaine mesure ce que l'on observe dans le trachome. Comme dans cette affection, on trouve des cellules volumineuses chargées de débris nucléaires, ce que Leber a appelé les cellules à corpuscules, et auxquelles Villard a donné le nom de phagocytes. Ces phagocytes sont cependant moins nombreux. Il a d'ailleurs été bien établi que ces phagocytes se retrouvaient non seulement dans le trachome mais dans de nombreux processus lymphoïdes et même dans les ganglions nerveux. Dans le ganglion hypertrophié de notre malade les cellules à corpuscules étaient assez nombreux. Ce qui distingue nettement l'aspect histologique de la conjonctive dans la conjonctivite infectieuse de l'aspect de la conjonctive dans le trachome, c'est le caractère

très diffus de l'infiltration mononucléaire. On ne voit nulle part comme dans la conjonctivite granuleuse de granulations assez nettement circonscrites; on ne voit pas davantage ces modifications épithéliales, invaginations, allongement des utricules glandulaires, etc., qui se rencontrent presque constamment dans le trachome de quelques mois de durée.

D'autre part, la conjonctivite infectieuse diffère nettement de la tuberculose de la conjonctive. Bien que l'inoculation n'ait pas été faite (les pièces nous ont été soumises à l'état de fixation dans le formol), nous pouvons dire avec une certitude presque complète qu'il s'agissait bien de tuberculose conjonctivale. Et dans ce cas, les cellules géantes et bien plus encore les bacilles contenus dans ces cellules établissaient une distinction absolue entre ces deux types d'infection.

Sans pouvoir dire ce qu'est la conjonctivite infectieuse au point de vue microbien, nous pouvons confirmer, par l'étude histologique, les données établies par M. Parinaud en déclarant qu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni de trachome.

Tuberculose des voies lacrymales. *Rapport de* F. DE LAPERSONNE *sur un travail de* M. POULARD. — Messieurs, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de notre Société, M. Poulard présente un travail extrêmement intéressant sur la tuberculose des voies lacrymales. A côté de l'examen clinique soigneux de la lésion du sac, à côté du contrôle rigoureux fourni par l'examen bactériologique et l'expérimentation, il donne pour la première fois une grande importance à l'existence et à l'évolution des diverses adénopathies qui accompagnent la tuberculose lacrymale.

Mieux que tout autre, M. Poulard était qualifié pour mener à bien cette étude délicate, lui qui, avec un sens clinique très avisé uni à une technique bactériologique puisée aux meilleures sources, vient de faire connaître l'histoire complète des *Adénopathies dans les infections oculaires.*

S'appuyant sur un assez grand nombre de cas, qu'il a trouvés particulièrement à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, notre confrère nous présente trois types cliniques :

1° Une tuberculose rapide avec grosses adénopathies;

2° Une tuberculose lente avec adénopathies moyennes;

3° Une tuberculose lente sans adénites.

I. Dans la première variété le début apparent de l'affection lacrymale est bruyant. Un abcès volumineux, simulant la péricystite à streptocoques, survient brusquement dans la région du sac

lacrymal. Mais le début réel remonte à une époque plus éloignée, difficile à préciser.

Après l'ouverture de l'abcès, la plaie se cicatrise mal. Une fistule persiste, sans tendance à la cicatrisation, limitée par les téguments rouges, violacés, amincis et friables. Au moment de l'intervention, on constate que toute la région, depuis la peau jusque dans la profondeur, est occupée par des tissus ramollis, fongueux, inconsistants, insaisissables avec la pince. En aucun point on ne trouve quelque chose ressemblant à la paroi du sac. Tout, depuis la face profonde de la peau jusque dans la gouttière lacrymale, n'est que fongosités mollasses. L'hémorragie qui accompagne l'intervention est presque insignifiante. Cet aspect particulier des lésions distingue ou peut aider à distinguer la tuberculose du sac de l'infection streptococcique banale.

Mais un caractère beaucoup plus important et beaucoup plus ostensible, c'est l'adénite concomitante.

Elle occupe les ganglions sous-maxillaires, rétro-maxillaires et le préauriculaire, celui-ci à un degré moindre que les autres. Tandis que, dès le début, les ganglions sous-maxillaires sont très volumineux, tandis que certains d'entre eux atteignent le volume d'une noix et amènent une déformation faciale très visible, le ganglion préauriculaire ne dépasse guère les dimensions d'un petit haricot. Plus tard, à mesure que l'adénite progresse, la différence entre l'adénite préauriculaire et l'adénite sous-maxillaire ne fait que s'accentuer, le volume des ganglions sous-maxillaires augmentant plus vite que celui du ganglion préauriculaire.

Un autre caractère important de cette adénite, c'est son unilatéralité. Elle est exactement limitée au côté malade; sous la branche correspondante du maxillaire existe un chapelet ganglionnaire allant jusqu'au voisinage de la ligne médiane, mais ne la dépassant pas. Même à une période avancée, à l'époque de la suppuration, le côté sain ne présente aucune adénite.

Il est inutile d'insister sur l'importance clinique d'une semblable complication. Au bout d'un certain temps, l'adénite volumineuse suppurée devient la lésion principale. Celle du sac est rejetée au second plan, ou a disparu sous l'influence d'un traitement heureux. Mais reste l'adénite, qui, même en l'absence de la lésion initiale maintenant guérie, va évoluer en toute indépendance et constituer un foyer tuberculeux menaçant la vie du malade.

II. Dans la seconde forme, l'évolution est lente. Chez une malade le début remontait à deux ans du côté droit, et neuf ans auparavant il y avait eu une semblable affection du côté opposé. La

tumeur lacrymale, dure, sans tendance à la suppuration, s'accompagne d'adénopathies préauriculaires et sous-maxillaires de volume moyen, dures, bien isolables du tissu cellulaire voisin, non douloureuses à la pression.

III. La troisième variété de tuberculose des voies lacrymales, qui ne s'accompagne pas de retentissement ganglionnaire, paraît la plus fréquente.

Il ne faudrait pas s'étonner de l'absence d'adénopathies dans certaines lésions du sac, dont l'origine tuberculeuse est nettement démontrée par le résultat positif de l'inoculation aux animaux. Dans le lupus cutané vulgaire, dans certaines formes de tuberculose de la peau, à virulence atténuée, il n'y a pas de ganglions. Revisant un assez grand nombre de cas de tuberculose de la conjonctive, M. Poulard remarque que 7 fois il n'était pas fait mention de l'adénite, 14 fois on signalait son existence, 8 fois on en notait l'absence.

Faisant le même travail pour la tuberculose des voies lacrymales, il constate que l'existence des adénopathies est rarement indiquée. Il est vrai que ce signe important n'a pas suffisamment frappé les chirurgiens et qu'ils ne l'ont pas signalé dans leurs observations. Mais un fait très intéressant à noter, c'est que dans les rares observations de tuberculose de la conjonctive ou du sac où l'adénopathie était formellement niée, il s'agissait de lupus. Pour ma part, il y a longtemps que j'avais été frappé par ce fait et je l'avais noté dans une observation de lupus de la conjonctive et des voies lacrymales, publiée par un de mes élèves. Par contre, notre collègue Morax a bien montré que l'injection de tuberculine peut provoquer, chez des lupiques sans adénites, l'apparition d'adénopathies douloureuses qui disparaissent bientôt après l'inoculation.

Ce qui complique le problème, c'est qu'au cours de la longue évolution de la tuberculose des voies lacrymales, il peut se produire des infections secondaires du sac qui s'accompagnent d'adénopathies. M. Poulard nous en donne un exemple très intéressant. Chez une enfant, atteinte de lupus de la face et des voies lacrymales, on voit survenir une péricystite aiguë suppurée à streptocoques. Mais en même temps il se produit des adénites multiples préauriculaires et sous-maxillaires. La tuméfaction ganglionnaire apparaît avec l'infection streptococcique et disparaît rapidement avec elle.

Telle est, résumée dans ses grandes lignes, la partie principale du travail de M. Poulard, mais bien d'autres points mériteraient d'être développés. En terminant, je voudrais signaler seulement

l'importance de plus en plus grande donnée aux lésions des fosses nasales comme facteurs étiologiques de la tuberculose des voies lacrymales. Déjà Morax avait insisté sur ce fait, et dans notre rapport au Congrès de Madrid nous avons montré, avec Rochon-Duvignaud, la nécessité d'examiner de propos délibéré les fosses nasales des individus qui se présentent avec des lésions des voies lacrymales.

Notre chef des travaux rhinologiques, M. Gellé, ayant examiné les malades qui font le sujet du travail de M. Poulard, trouve des faits intéressants chez trois d'entre eux, qui répondent à chacune des trois variétés qui viennent d'être décrites. La petite fille de l'observation I ne présentait pas de lésions suffisamment accentuées pour permettre d'affirmer par l'examen rhinologique l'existence d'une tuberculose des fosses nasales. Néanmoins on préleva dans le méat inférieur une petite parcelle de la muqueuse. Elle fut inoculée sous la peau de deux cobayes qui devinrent rapidement tuberculeux.

La seconde malade avait sous la fosse nasale droite un grand nombre de petites saillies granuleuses. Ces granulations inoculées aux cobayes amènent en 15 jours des adénites tuberculeuses.

Enfin, chez la troisième, les fosses nasales étaient recouvertes d'un muco-pus abondant et les lésions rentraient, d'après M. Gellé, dans la classe des rhinites dites strumeuses survenant chez des enfants adénoïdiens. Cette enfant avait un placard lupique sur la joue.

Séance du 3 *novembre* 1903

Présidence de M. A. Terson

M. Péchin, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est adopté.

Dr A. Darier. **Amblyopie ex anopsia améliorée de 1/50 à 1/3 par le massage** (présentation de malade). — Quoi qu'en aient dit certains auteurs, l'amblyopie ex anopsia ne peut être niée si on la comprend dans le sens d'*amblyopie par inactivité de l'organe*, tel que le fait se produit dans la majorité des strabismes non alternants, où l'œil dévié ne prend pour ainsi dire aucune part à la vision. Cet œil pouvait certainement avoir été atteint d'amblyopie par lésions du fond de l'œil, ou des milieux, ou de la cornée, car le terme d'amblyopie congénitale ne doit

être employé que sous beaucoup de réserves; le plus souvent il s'agit d'un vice de réfraction, hypermétropique et surtout astigmatique, portant parfois sur les deux yeux, mais le plus souvent beaucoup plus marqué sur l'œil strabique.

Tous les cliniciens ont constaté ce fait que l'œil strabique, une fois redressé, récupère une certaine quantité de vision que, par des exercices stéréoscopiques et par une correction aussi exacte que possible de l'amétropie, on peut ramener parfois à une vision utilisable pour le fusionnement binoculaire des images. Ce but est d'autant plus facilement atteint que le patient est plus jeune, que l'amblyopie était moins marquée et que le vice de réfraction était plus facilement et plus exactement corrigeable. Il n'est même pas nécessaire de pratiquer l'opération, la rééducation de l'organe se fait aussi très bien par l'exclusion de l'œil habituellement employé (louchettes, atropinisation monoculaire), pour forcer l'œil amblyope au travail.

Mon ancien élève et ami, le Dr Domec, de Dijon, a, le premier, montré tout le parti que l'on pouvait tirer du massage dans le traitement de ces amblyopies chez les strabiques, et, à sa suite, j'ai publié plusieurs cas dans lesquels l'amélioration avait été des plus manifestes. Ces cas ont été relatés par moi au Congrès international d'ophtalmologie d'Utrecht, 1899[1]. (Voir aussi Darier : *Leçons de thérapeutique oculaire*, page 367.)

Presque toujours, j'ai noté ce fait important que, dans les cas où le massage doit donner un résultat appréciable, une amélioration de la vision est obtenue en moins de vingt minutes dès la première séance de massage. C'est là, je puis le dire, la pierre de touche des cas qui donneront quelque satisfaction. J'ai vu souvent, en cette première séance d'épreuve, l'acuité visuelle monter de 1/20 à 1/6; toujours dans ces conditions il sera possible de promettre une amélioration, plus marquée encore si le massage est continué avec persévérance.

Le jeune homme que je vous présente, âgé de 20 ans, est venu me trouver dans les circonstances suivantes : S'étant présenté pour devancer l'appel pour son service militaire, il avait été refusé parce qu'il n'y voyait pas de son œil gauche à cause d'un leucome cornéen. « Jamais, dit-il, je n'avais vu de cet œil qui, au dire de ma mère, aurait été atteint vers l'âge de 9 à 11 mois d'un abcès de la cornée ayant laissé après lui une taie très visible; il en était résulté un strabisme vers l'âge de 12 ans. » Cette déviation

1. J'ai décrit maintes fois la technique du massage-pression à la main; mais pour ceux qui n'y sont pas familiarisés je recommande l'emploi du vibrateur, soit celui de Maklakow, soit celui de Piesberger.

n'est plus appréciable, aujourd'hui, qu'après des efforts de lecture prolongés.

Je pus constater en effet, à l'éclairage oblique, la présence sur cette cornée d'un néphélion si léger qu'il ne pouvait à lui seul expliquer un trouble visuel aussi profond; poussant l'examen plus loin, je vis sur la cristalloïde antérieure un très léger semis d'uvée, trace évidente d'ancienne iritis, mais la pupille était tout à fait libre et très dilatée; le fond de l'œil, absolument normal dans toute son étendue, montrait seulement une papille un peu plus rosée que d'habitude, comme on le constate si souvent dans l'amblyopie dite congénitale.

Ce cas me rappelait celui qui s'était présenté à moi, il y a de cela six mois : il s'agissait d'un jeune homme qui voulant entrer à l'École navale, se voyait refusé pour cause d'insuffisance de vision; après dix séances de massage il fut reconnu, au Val-de-Grâce, comme apte au service.

Je mesurai donc l'acuité visuelle du mieux que je pus; c'est à peine si notre jeune homme pouvait compter les doigts à 1 mètre et il ne voyait qu'à grand'peine à cette distance la plus grosse lettre de Snellen, et cela seulement dans la partie externe du champ visuel. Sans grand espoir et sans rien dire au patient, je tentai une séance de massage en trois temps de deux minutes chacun. En moins d'un quart d'heure, le patient, à sa grande surprise, comme à la mienne du reste, put lire jusqu'à la 4e ligne de Snellen.

Les massages furent répétés tous les jours, et après quatre séances, en quatre jours, notre jeune homme se présenta au Val-de-Grâce, où le Dr Chavasse constata que l'acuité visuelle de cet œil était égale à 1/5 (moi j'avais trouvé 1/4), et déclara le jeune B... apte au service.

Douze autres séances de massage furent encore pratiquées et aujourd'hui, comme vous pouvez le voir, l'acuité visuelle est de 1/3 à 1/2 et la lecture des caractères d'imprimerie ordinaires est possible, mais pendant quelques minutes seulement, car la vue se trouble vite et le patient éprouve de la fatigue, des douleurs dans l'œil et dans tout le côté gauche de la tête.

Un fait m'avait frappé dès le début, c'est que la vision se faisait beaucoup mieux dans la partie externe du champ visuel. L'examen périmétrique montra un rétrécissement considérable du champ visuel, presque totalement supprimé du côté nasal. Les couleurs sont vues dans l'ordre classique. Y aurait-il eu, à la suite de l'iritis et de la kératite, une poussée de glaucome? C'est ce que ne permet pas de dire l'examen de la papille, qui ne montre pas la moindre trace d'excavation glaucomateuse, et la tension

du globe est absolument normale. Au stéréoscope, le malade ne peut fusionner aucune image et il localise très faussement l'image perçue par l'œil gauche.

Peut-on attribuer cette amblyopie à l'hystérie? Je ne le crois pas. Il n'y a aucun des symptômes de cette névrose. Seule l'amélioration si marquée et si rapide de la vision pourrait faire penser à de la suggestion; mais je n'avais pas moi-même pensé pouvoir obtenir un pareil résultat et n'avais rien suggéré du tout au patient.

Il est très difficile d'expliquer cette action pour ainsi dire immédiate du massage sur certaines amblyopies. Je l'ai observée dans un autre cas d'une façon plus frappante encore. Il s'agissait d'un strabique de 19 ans ayant, de son œil dévié, une acuité de 1/8 non améliorable par les verres. Dès la première séance, la vision s'éleva à 1/5 et après *quatre autres séances de massage* V = 1/3. Pour forcer cet œil au travail on atropinisa l'autre et on continua le massage; bref, après cinq autres séances, V = 2/3. Une ténotomie simple corrigea la déviation : les exercices stéréoscopiques et la correction de l'amétropie ramenèrent une bonne vision binoculaire.

Je pourrais vous citer d'autres exemples du même genre sans pouvoir vous donner une explication bien plausible de cette curieuse action du massage. Dans une communication antérieure j'avais admis que le massage agit par :

1° Action mécanique sur la zonule et le cristallin;

2° Action tonique sur le muscle ciliaire et l'accommodation;

3° Action trophique (circulatoire, secrétoire et excrétoire) sur tous les tissus et les liquides oculaires, cornée, glandes ciliaires, choriocapillaires, rétine, etc.

Un des cas les plus frappants que j'aie observés d'amélioration de la vision sous l'influence du massage est le suivant :

Un ancien granuleux âgé de 67 ans, guéri depuis trente ans de ses granulations, n'a jamais pu depuis cette époque gagner sa vie à cause de l'insuffisance de sa vision, ses cornées étant restées très troubles : OD, V = 1/10; OG, V = 1/15. Après une première séance de massage, V = 1/6 et 1/15; après dix séances V = 1/4 et 1/10, et avec des verres + 2,5 la lecture du n° 4 est facile et le malade ne se sentait pas de joie, car depuis plus de trente ans il n'avait pu lire un journal.

Les cornées ne s'étaient pourtant pas éclaircies en dix ou douze jours. A notre avis, il y avait dans ces cas de l'amblyopie par non-usage et l'action du massage avait porté surtout sur le système cristallinien et le système accommodatif.

M. Morax. — Je serai heureux que M. Darier nous donne

les indications précises du massage, car je me ferai un plaisir de lui envoyer des malades pour pouvoir contrôler ses résultats. Je connais un myope dont j'ai noté l'acuité et la myopie depuis de nombreuses années. Il a fait du massage pendant quelques mois et il se déclare très satisfait des résultats; cependant l'examen objectif et subjectif ne permet de déceler aucune modification dans la réfraction ou dans la vision.

F. TERRIEN. **Sur un papillome de la caroncule lacrymale.** — Les observations de papillome de la conjonctive, en particulier de la caroncule lacrymale, sont encore très peu nombreuses (sept ou huit environ). D'autant plus que le papillome a été souvent confondu avec les polypes conjonctivaux (de Wecker) et on a décrit sous ce nom des tumeurs de natures très diverses.

L'observation suivante qui se rapporte à un papillome typique de la caroncule lacrymale nous paraît donc mériter d'être rapportée.

Il s'agissait d'un sujet de 60 ans qui vint nous consulter pour une petite tumeur de la caroncule lacrymale de l'œil droit, apparue six mois auparavant, et qui avait grossi peu à peu. Au moment où nous l'observâmes, en juin 1903, la tumeur implantée sur la caroncule avait une forme irrégulièrement quadrilatère et mesurait 6 à 7 millimètres de large sur 3 à 4 de hauteur. Elle était constituée par une agglomération de petites végétations papillaires rouges, faisant saillie au niveau du canthus interne. En soulevant cette petite masse avec l'extrémité d'une sonde de Bowman, on voyait que ces végétations étaient formées par des agglomérations de protubérances très petites leur donnant un aspect framboisé. Aucune douleur, aucune réaction conjonctivale. Pas la moindre trace d'adénopathie préauriculaire ou sous-maxillaire correspondante.

Rien à noter de particulier dans les antécédents et dans l'état actuel du sujet, de santé excellente. Mais, point important à retenir, douze ans auparavant une tumeur sensiblement identique et siégeant au même point s'était développée dans l'espace de huit mois et avait été enlevée par le Dr Despagnet. Deux ans après, récidive; nouvelle excision et cautérisation du point d'implantation du pédicule par le Dr Despagnet. Enfin pendant dix ans, rien de nouveau n'apparaît, lorsque, en décembre dernier, le sujet remarque au même point une nouvelle petite végétation qui se développa peu à peu pour atteindre le volume actuel.

Excision par un simple coup de ciseaux au niveau du pédicule

et cautérisation de la surface du point d'implantation au galvanocautère. Suites insignifiantes. L'*examen histologique*, après fixation dans le liquide de Flemming, montre la structure typique du papillome.

On voit déjà à un faible grossissement une base formée d'un tissu conjonctif lâche parsemé de vaisseaux et de laquelle part un pédicule ayant la même structure; de ce pédicule se détachent des ramifications à structure également conjonctivo-vasculaire coiffées d'un revêtement épithélial très épais.

Un grossissement un peu plus fort montre bien l'hypertrophie considérable des papilles conjonctivales et le développement énorme du revêtement conjonctival. Les papilles mesurent en moyenne six à sept dixièmes de millimètre. Elles offrent toutes une structure identique. Elles sont formées au centre d'un tissu cellulaire assez lâche renfermant de nombreux vaisseaux, la plupart dilatés et recouverts d'épithélium. Celui-ci constitue à lui seul presque toute la papille et a la structure de l'épithélium conjonctival; c'est un épithélium papimenteux stratifié, mais ayant acquis un développement énorme et constitué par seize à dix-huit couches de cellules, les profondes cylindriques, les superficielles aplaties. La couche des cellules cylindriques repose sur une membrane basale très nette qui la sépare du stroma conjonctif central. Elles renferment des noyaux en voie de division karyokynétique. A cette rangée de cellules cylindriques font suite plusieurs couches de cellules épithéliales, polygonales, dentelées à gros noyau, et enfin des cellules aplaties dans lesquelles le noyau devient difficile à distinguer.

En résumé, nous retrouvons là tous les caractères du papillome: bouquets vasculaires ascendants, reproduisant avec plus ou moins de complications le type de ceux des diverses papilles de la peau et des muqueuses et revêtement épithélial moulé sur la forme même de la végétation connectivo-vasculaire et reproduisant la forme générale de l'épithélium circumvoisin.

Il ne saurait donc être question de polype de la conjonctive. Seul le développement excessif du revêtement épithélial, qu'on ne rencontre généralement pas aussi marqué dans le papillome, pourrait faire rapprocher cette petite tumeur d'un épithélioma. Mais l'absence d'infiltration du tissu voisin et d'ulcération, la limitation nette du revêtement épithélial, qui nulle part ne pénétrait dans l'intérieur des papilles, permettent d'écarter cette dernière hypothèse. Bien que l'examen anatomique des tumeurs antérieurement excisées n'ait pas été faite, il est permis de supposer qu'elles présentaient une structure identique.

Il s'agit donc en résumé dans cette observation d'un papillome

de la caroncule lacrymale ayant récidivé deux fois à douze ans d'intervalle et demeuré cependant à l'état de papillome. Ce fait est intéressant et montre bien que le papillaire doit rester dans le cadre des tumeurs bénignes et ne doit pas être considéré comme une variété de cancer épithélial, même lorsque la tumeur récidive. Magnus a observé un cas de ce genre : l'ablation du papillome fut suivie de récidive, encore que l'examen histologique eût démontré la structure du papillome [1].

Toutefois la transformation possible du papillome en épithélioma par suite de la prolifération excessive de l'épithélium et de sa diffusion dans les parties voisines et profondes font que celui-ci ne devra jamais être négligé. L'intervention précoce et la cautérisation large du pédicule au thermo ou au galvano-cautère constituent le seul traitement.

M. A. Terson. — Dans le cas rapporté par M. Terrien, je relève la fréquence des récidives, sans que rien de spécial dans l'examen histologique puisse nous indiquer la cause réelle de cette tendance. Il en est ainsi pour toutes les tumeurs, bénignes ou malignes, que nous observons dans l'œil ou ses annexes. Leur histologie est très bien connue et à structure histologique identique, après une opération de largeur identique, tel sarcome, tel papillome, récidivera, tandis que tel autre sera définitivement guéri. Cette question du *pronostic* des tumeurs, aujourd'hui que leur histologie est suffisamment connue, est la principale, la seule qui préoccupe naturellement le malade et le chirurgien. L'examen histologique ne nous donne que la nature du néoplasme, mais aucune certitude pour la question de la récidive. Il y a autre chose que la structure de la tumeur qui doit être recherché. Divers auteurs, avec Brault, ont essayé de conclure de l'abondance plus ou moins grande du *glycogène* dans les néoplasies à la plus ou moins grande probabilité de récidive. Il faut quelquefois aussi tenir compte des diathèses, et de la gravité des antécédents familiaux. Nous devons en tous cas nous entourer de nouvelles précautions, au lieu de nous borner à l'examen histologique. Certaines affections, dont l'histologie est cependant nette, comme la pinguicula et le ptérygion, doivent aussi en bénéficier, car, dans bien des cas et après une opération correcte, nous ignorons s'il y aura ou non récidive. Sait-on d'ailleurs, à histologie égale, pourquoi tant de pinguiculas n'entraînent jamais de ptérygion et pourquoi d'autres s'accompagnent vite de ptérygions charnus, envahissants et récidivants ?

1. Magnus, Un cas de papillome de la conjonctive. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, octobre 1887.

M. VALUDE. — **Un cas de myopie consécutive à une iritis rhumatismale.** — Les cas de myopie symptomatique de poussées aiguës d'iritis sont bien connus, encore qu'ils soient assez peu fréquents ; mais cette myopie est, en général, passagère et disparaît pendant la convalescence. Dans l'observation que nous rapportons ici, la myopie est restée définitive, et c'est ce qui en fait tout l'intérêt ; de plus il s'agit d'une iritis rhumatismale, tandis que la myopie iritique a surtout été observée jusqu'ici à la suite de l'iritis spécifique grave. Voici cette observation :

M. V..., âgé de 36 ans, est un rhumatisant achevé, avec, déjà à son âge, un rhumatisme déformant très accentué ; il marche tout courbé. Il est sujet à des attaques violentes d'iritis rhumatismale qui l'immobilisent pendant deux et trois mois dans une chambre noire. A la première attaque que je lui ai connue, il est resté pendant tout ce temps sans sortir d'une pièce complètement noire et fermée ; et il est juste de remarquer que l'intensité des phénomènes iritiques justifiait ces mesures ; je n'ai jamais vu, comme chez ce malade, de tels exsudats dans la chambre antérieure, et les livres classiques ne font aucune mention d'un pareil excès de douleur et de réaction inflammatoire dans l'iritis.

Malgré ces attaques antérieures, les yeux étaient restés indemnes de toute lésion exsudative, ils étaient emmétropes avec une vision même supérieure à la normale.

Or, le 28 mai 1902, M. V... me fait appeler pour un début insidieux d'iritis consistant en une simple et même légère hyperémie conjonctivale de l'œil droit. L'iritis de cet œil n'était vraiment déclarée que le 2 juin. Elle consistait, comme les précédentes, en une poussée abondante d'exsudats remplissant totalement la chambre antérieure d'un liquide floconneux *roussâtre ;* l'œil devenait en même temps inéclairable et la vision nulle. T + 1. Je passe sur les phénomènes réactionnels, très intenses, comme on peut se le figurer. Peu à peu les symptômes s'amendent, assez rapidement même, eu égard aux états antérieurs du sujet, et la vision revient.

Le 15 juin, alors que l'attaque d'iritis semblait se calmer après avoir été courte, nous assistons, sans raison aucune, sans imprudence de la part du malade, à une reprise des phénomènes douloureux. En même temps la chambre antérieure apparaît *moins* profonde que précédemment et la tension de + 1 qu'elle était quelques jours auparavant devient — 1. Pas d'exsudats libres dans la chambre antérieure, mais dans le champ papillaire seulement ; l'iris est terne et le corps vitré semble floconneux.

Ces symptômes, au lieu de s'atténuer, s'accusent au contraire davantage, bien que les phénomènes réactionnels aient peu à peu

disparu. Ainsi le 26 juillet, alors que l'œil n'est plus rouge ni douloureux en aucun point, je constate que la chambre antérieure est notablement diminuée de profondeur par suite d'une protrusion du système cristallinien; l'iris offre l'aspect dit « en couronne » et la pupille est quelque peu déformée par deux adhérences; il existe aussi quelques reliquats exsudatifs dans le champ papillaire.

Mais surtout je note le fait que le sujet voit beaucoup mieux de près que de loin, malgré l'influence de l'atropine. En effet, sous verre, la vision à distance est de 1/10, et avec — 2 D 50, on arrive à lui donner une vision presque normale. La skiascopie montre qu'il existe réellement de la myopie.

J'ai revu le sujet plus tard, cette myopie s'est maintenue à ce même degré.

M. Terrien. — Il me semble qu'on pourrait rapprocher de ces faits les observations de myopie consécutive aux taies de la cornée. Ces observations ne se comptent plus aujourd'hui et chacun a pu en constater. Mais la pathogénie demeure toujours obscure, et il est évident qu'on ne peut ici incriminer un relâchement de la zonule.

M. Antonelli. — Dans l'observation de M. Valude il y a un point à relever; c'est la diminution de tension présentée par l'œil pendant la rechute qui donna lieu à la myopie acquise et persistante. Cette hypotonie montre, en accord du reste avec les autres détails de l'observation, qu'il y eut participation du corps ciliaire, et peut-être de la choroïde aussi, au processus pathologique. Or, l'iridocyclite peut, beaucoup plus facilement que la simple iritis, être la cause d'un relâchement de la zonule permettant le déplacement du système cristallinien en avant.

Dans ces sortes de myopies acquises, il faut tenir compte surtout, je crois, des processus dystrophiques, ou même franchement inflammatoires, à allure plus ou moins chronique, du tractus uvéal. Il en est ainsi, sans doute, pour la myopie acquise chez les syphilitiques. Quant à la myopie des yeux atteints de taies cornéennes, elle est souvent un *post hoc*, non pas strictement un *propter hoc* : c'est-à-dire que la même tare pathologique ayant exposé le segment antérieur de l'œil aux kératites, etc., expose plus tard les membranes profondes et le segment postérieur au processus dystrophique et aux lésions qui sont la cause du syndrome myopique. Les efforts de l'accommodation et de la convergence peuvent entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'amblyopie binoculaire, par astigmatisme cicatriciel.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

(*Brit. Med.*, 26 sept. 1903)

Section d'Ophtalmologie

Le président H. E. Juler félicite l'assemblée des rapports intéressants qu'elle va entendre et du nombre des communications annoncées.

Stanford Morton. **Traitement du kératocône.** — Trois grands traitements sont à discuter : cautérisation sans ou avec perforation, et excision du sommet du cône. Les statistiques sont peu riches en faits à retenir. Morton considère successivement les résultats, c'est-à-dire : 1° l'acuité sans et avec verres avant l'opération ; 2° de même après l'opération ; 3° le résultat immédiatement et à distance; 4° les complications ayant trait à l'opération, qui sont : synéchie antérieure, iritis et synéchie postérieure, hypertonie, hypopyon (les complications sont plus particulières à l'excision de la cornée). Le procédé le moins dangereux est la cautérisation sans perforation, mais les autres sont plus efficaces. Une iridectomie préparatoire n'est pas sans avantages, mais aussi sans inconvénients.

Fatan Thompson a abandonné l'excision de la cornée pour revenir à la cautérisation profonde sans perforation.

Karl Grossmann a opéré douze cas ; au début par le procédé de Snellen (excision), plus tard il préféra pratiquer la cautérisation sans perforation et non le procédé compliqué de Critchett (par zones concentriques). Richard Williams est de cet avis.

Doyne préfère l'excision, quoique beaucoup plus dangereuse. Le président est pour la cautérisation avec perforation.

Major Henry Smith. **Extraction du cristallin dans sa capsule.** — Sur 8,500 extractions, 2,000 furent accomplies suivant la méthode « orthodoxe » et 6,500 sans incision de la capsule. Les temps sont les mêmes que dans le procédé ordinaire, sauf l'emploi du kystitome qui est supprimé. Le major H. Smith remplace la spatule ou la curette, qui facilite l'issue de la lentille, par des crochets à strabisme; il s'aide parfois d'un crochet pointu, mais plutôt de pinces à vis qui tirent la capsule. Sur 1,023 opérations (du 1er janvier au 1er mai 1903), il signale : iritis, 0,19 p. 100 (dans les cas où un débris de capsule a persisté); issue de vitré,

66; rupture de capsule, 8; persistance de capsule, 4 p. 100; résultats excellents, 99,42; moyens, 0,19; faibles, 0,39. Il examine uniquement les malades au jour, et sans instrument; les cataractes sont ainsi divisées en : 1° chez les enfants, molle (laiteuse) ou gélatineuse; 2° chez les adultes : dure, demi-molle, demi-gélatineuse, atrophique. Tous les cas opérés cette année l'ont été avec iridectomie, d'où l'absence de prolapsus irien : les années précédentes Smith, par principe, opérait sans iridectomie. Ce n'est pas le froissement d'iris qui donne l'iritis, puisque les extractions, dans la capsule et sans iridectomie, en ont donné très peu; ainsi ce procédé éviterait non seulement les cataractes secondaires, mais encore l'iritis.

DARIER. **Injections sous-conjonctivales de tuberculine TR. dans le traitement d'une kératite interstitielle.** — La malade, âgée de 13 ans, avait été légèrement améliorée par la dionine, les massages cornéens à la lanoline hydrargyrique, le jéquiritol et l'hétol. Enfin Darier fit une injection sous-conjonctivale de tuberculine sans inconvénient; un nombre considérable en fut ainsi pratiqué; la vision est très améliorée.

DARIER. **Traitement des affections syphilitiques graves de l'œil.** Par des injections intra-veineuses, seule méthode d'un contrôle exact de la quantité absorbée, continuées jusqu'à obtenir la réaction intestinale qui en limite l'emploi, Darier obtient des améliorations successives, parfois avec l'aide de la pilocarpine. L'iodure est souvent nuisible.

Troubles oculaires dans les affections rénales. EDV. NETTLESHIP tient surtout à distinguer la néphrite de la grossesse, dont la rétinite a un pronostic beaucoup moins grave que les autres. Pour causer la rétinite rénale, il faut un état morbide du sang et aussi des lésions des artères de la rétine; la dégénérescence (hyaline ou autre) donne les cas chroniques et bénins, l'intoxication générale crée les cas aigus et graves.

G. CARPENTIER mentionne deux cas chez l'enfant avec néphrite interstitielle, d'origine probablement syphilitique.

G. HARTRIDGE distingue les rétinites d'origine toxique, et celles d'origine rénale.

H. POWER rapporte un cas d'amblyopie subite, où l'albumine ne fut trouvée qu'au bout de trois semaines; le sujet mourut après quelques mois.

GU. SILCOCK n'a jamais vu de rétinite dans les affections rénales chirurgicales.

R. Reeve rapporte deux cas de rétinite, dont l'un suivi de mort au bout de six semaines; l'autre d'un diagnostic douteux.

Sydney Stephenson. **Lésions cornéennes dans la syphilis acquise.** — La kératite interstitielle et la kératite ponctuée sont les deux formes connues. La seconde, décrite par Hanthner, est considérée comme une infiltration gommeuse de la cornée. Sydney Stephenson rapporte les cas de Symons, W. Long, H. Juler, Maitland Ramsay, et un cas nouveau dû à Doyne. Les caractères de l'affection sont : l'unilatéralité, l'aspect de la tache, le succès du traitement spécifique, l'issue favorable. Les lésions cornéennes ne sont pas toujours secondo-tertiaires, mais le plus souvent tertiaires.

Robert Doyne. **Extrait rétinien dans l'atrophie rétinienne.** — L'auteur apporte de nouvelles observations de l'opticine (Voir *Recueil d'Opht.*, p. 548, 1903).

Sister. **Plaques épithéliales de la conjonctive.** — Quatre cas de tumeurs épithéliales rares, jaunâtres, situées près du limbe. L'une, excisée, a récidivé rapidement; elle ne contenait ni glande, ni cheveu, comme les dermoïdes. Cliniquement, l'aspect est celui d'un épithélioma, mais plus blanc; au microscope on ne trouve qu'un épaississement de l'épithélium.

Karl Grossmann. **Mécanisme de l'accommodation chez l'homme.** — Grossmann a eu la bonne fortune d'observer un sujet de 36 ans, atteint d'aniridie totale (sans photophobie) et avec deux cataractes polaires très petites antérieure et postérieure. La périphérie et les faces du cristallin étant ainsi faciles à examiner, il faut observer les faits suivants :

1° Pendant l'accommodation, la surface sphérique antérieure du cristallin devient un lenticone (*Id.*, Cramer et Tscherning);

2° L'ésérination amène un tremblement du cristallin facile à provoquer par le moindre mouvement (*Id.*, Hess);

3° De même, les procès ciliaires deviennent visibles;

4° La circonférence du cristallin au niveau de l'équateur reste circulaire, mais diminue considérablement (*Id.*, Coccius);

5° L'épaisseur du cristallin augmente;

6° Le cristallin s'approche de la cornée;

7° La pupille et l'iris se déplacent avec le cristallin, en avant et en bas; ceci par déduction des faits vus;

8° La face postérieure du cristallin devient également un lenticone. Tous ces faits sont pour la première fois démontrés par l'observation.

G. HARTRIDGE. **Traitement du strabisme convergent.** — Les causes étant exposées : hypermétropie, insuffisance de fusionnement, acuité faible d'un œil, défauts anatomiques; l'examen doit comprendre la mesure de l'acuité visuelle, la mesure du strabisme, celle du champ de fixation, la skiascopie après atropine. Le but du traitement est de corriger la difformité et aussi de rétablir la vision binoculaire. Pour cela nous possédons les moyens optiques, les exercices orthoptiques, et l'opération quand le champ de fixation est réduit. La ténotomie est inférieure à l'avancement.

CLAUD WORTH. **Strabisme convergent.** — Il faut faire porter les verres correcteurs le plus tôt possible : des lunettes à branche courte, maintenues par un lien, sont tolérées par des enfants de 3 mois. De plus, développer l'acuité de l'œil dévié : pour cela couvrir temporairement l'œil sain, et surtout l'atropiniser. Ensuite développer « l'élasticité de fusion » par l'usage bref et fréquent de prismes. Cette faculté de vision binoculaire apparaît à 6 mois, et a son maximum à 3 ans. Worth rappelle l'amblyoscope, instrument inventé par lui, à tubes mobiles, sorte de stéréoscope à angle variable (déjà décrit). Par ces moyens la vision centrale de l'œil dévié est conservée ou rétablie, et la vision binoculaire assure la permanence de la guérison.

FATHAM THOMPSON prescrit au plus tôt la correction optique.

MADDOX. — Les lampes et le cabinet noir pour l'usage de l'amblyoscope sont facilement remplacés par une fenêtre vers laquelle on se dirige plus ou moins obliquement pour obtenir l'inégal éclairage.

REEVE préfère opérer les deux yeux, mais pas avant 6 ans.

DARIER est de l'avis de Worth sur la non-congénitalité de l'amblyopie.

FATHAM THOMPSON. **Fixation de l'œil pendant l'opération.** — Deux fils passés dans la conjonctive suivant le diamètre horizontal de l'œil sont la meilleure fixation.

COLBEN ENSOR. **Opération du ptosis.** — Après incision sous le sourcil, aux deux extrémités, et décollement du lambeau central resté fixe par glissement, l'auteur cautérise au thermo toute la ligne des incisions, et obtient une cicatrice qui relève la paupière sur toute son étendue.

MAJOR HERBERT. **Pathogénie et diagnostic du catarrhe printannier.** — Peu d'exsudat, surtout une infiltration leucocytaire. Dans l'épithélium nombreuses ruptures avec vésicules contenant

des éosinophiles. Dans le sang des sujets, on trouve une abondance leucocytaire, augmentée de 10 à 20 p. 100. Enfin le bleu polychrome montre, dans les cellules, des corps qui pourraient être des parasites.

MAJOR HERBERT. **La kératite superficielle de Bombay.** — Cette affection, épidémique chaque année, présente en plus de la conjonctivite et une réaction ciliaire. Un bacille en capsule spécial paraît en être l'agent pathogène.

ADOLPH BROWNER. **Globes de verre modifiés pour l'opération de Mules.** — Pour éviter l'expulsion du globe de verre, celui-ci est percé d'avant en arrière, pour le passage de fils sous-conjonctivaux passés en plus des sutures musculaires et conjonctivales ordinaires.

B. HARMAN. **Réflexe rotulien dans la kératite interstitielle.** — Déjà analysé.

B. HARMAN. **Traitement du ptosis.** — Le procédé de Mules qui remplace le releveur impuissant par une suture temporaire est ici reproduit, un peu modifié. Le trajet est combiné pour que le sens de son action soit fixe et exact.

TOUDGE GREEN obtient par une proposition semblable à celle de l'année dernière, sur l'**insuffisance des méthodes actuelles de la recherche de la chromatopsie**, la création d'un comité pour l'examen de la question.

Dr A. BOUCHART.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

BISHOP HARMAN. **Réflexe rotulien dans la kératite interstitielle** (*Oph. Rev.*, septembre 1903). — Les résultats des recherches antérieures de Lang, Wood, sont que dans 80 p. 100 des cas le réflexe est atténué; dans 10 p. 100 il est absent; enfin très rarement il est exagéré (sauf coexistence d'une cause spéciale). La méthode de Harman est assez rigoureuse pour que les résultats en puissent être considérés comme exacts. 100 sujets furent examinés : 19, à la période initiale de l'affection; 16, pendant une rechute; 65, à la période de calme. Comparativement il examine

100 sujets sains. Parmi les malades, 75 fois le réflexe fut normal, et parmi les sujets sains, 74 fois. Le virus spécifique paraît agir différemment suivant qu'il pénètre avant ou après la naissance. Les privations accentuent l'affaiblissement et l'effet de la misère semble se rapprocher de celui de la syphilis au point de vue des symptômes nerveux. L'hérédo-syphilis semble attaquer plutôt les centres supérieurs (imbécilité, etc.), et la syphilis acquise les filets conducteurs (tabes).

BROWNE ET STEVENSON. **Traitement de l'ophtalmie sympathique** (*Id.*, octobre). — La théorie migratrice de Deutschmann démontre seulement l'existence de lésions à distance; de même dans l'herpès zoster, la cause de la lésion cutanée est dans la racine antérieure du nerf spinal. Dans l'œil, le point important est que la plaie atteigne la zone ciliaire : une opération sur un œil qui a été sympathisant risque toujours d'éveiller de nouveaux accidents; en particulier, les iridectomies sont dangereuses; les pupilles ainsi créées sont de nouveau obstruées. L'auteur cite alors deux cas dans lesquels plusieurs iridectomies échouèrent jusqu'à ce qu'on eut, pendant l'opération, l'idée de pratiquer un lavage abondant de la chambre antérieure avec de l'eau salée; cela suffit à éviter tout nouvel exsudat dans la brèche.

DUANE. **Quelques types de rétinites et chorio-rétinites.** — 1° *Chorio-rétinite exsudative en foyer*, en général aiguë et bénigne, survient chez les jeunes sujets sans cause apparente; le foyer de choroïdite n'est pas éloigné de la papille; scotome absolu; traitement : salicylate, calomel, et repos au lit. — 2° *Chorio-rétinite plastique*, caractérisée par des dépôts de tissu conjonctif plus ou moins diffus, étalés sur la rétine ou saillants dans le vitré. Mercure et iodure. — 3° *Rétinite circinée.*

DUANE. **Aplasie de la papille et des vaisseaux rétiniens, avec anomalie de la macula.** — Le sujet, dont tous les organes, y compris les yeux, ne présentaient aucun trouble, était néanmoins porteur des anomalies susdites. La macula de chaque côté était enfoncée (ou saillante) de façon abrupte. Les lésions qui ont été décrites dans l'anencéphalie, l'hydrophtalmie, l'œil cyclope, la microphtalmie, ne s'accompagnaient ici d'aucune altération; pas même de colobome choroïdien.

DUANE. **Traitement hygiénique et prophylactique de la myopie.** — Duane divise les myopies en trois classes : 1° La myopie n'apparaît qu'à l'adolescence et ne dépasse pas 2 D.; donner

la correction complète, et il y a peu à craindre une aggravation. — 2° La myopie a apparu dans l'enfance et progresse jusqu'à 22 ans, elle atteint jusqu'à 10 D.; c'est la myopie scolaire des Allemands : donner la correction complète en permanence et surveiller la fatigue oculaire, l'éclairage, etc. — 3° La myopie pernicieuse, avec lésions profondes : donner la correction complète et prescrire le repos, la vision à grande distance, les toniques, et surveiller l'évolution.

CASSIDY. **Trachome chronique, amélioration par les rayons X** (*Journal of Eye. Car. Throat*, mars-avril 1903). — Sujet d'origine allemande, a déjà subi plusieurs interventions palpébrales; on exposa les paupières aux rayons X, pendant trois minutes tous les dix jours, puis tous les cinq, et enfin trois fois par semaine, à la distance de 12 pouces. Il y eut d'abord du larmoiement qui diminua ensuite. Après six séances, l'amélioration était déjà sensible; à la trente-cinquième les granulations avaient disparu.

L'auteur espère un effet meilleur dans les cas aigus et admet une action neurotrophique qui excite les tissus normaux et fait régresser les tissus pathologiques, « qui sont toujours de résistance moindre (?) »; en tout cas un effet de vasoconstriction est indubitable.

CH. OLIVIER. **Cécité par déformation congénitale du crâne.** — L'auteur expose l'embryologie du crâne et deux cas de déformation oxycéphalique, avec l'aspect de dôme; les lésions d'origine à la fois méningitique et mécanique amenèrent une atrophie progressive et irrémédiable des nerfs optiques. Il étudie ensuite crâne scaphocéphalique, leptocéphalique, trigonocéphalique, etc., la déformation occipito-pariétale, etc. (*Soc. Philosophie d'Amérique*, n° 169).

WHITEFIELD SMITH. **Nystagmus volontaire (?)** (*Journal of Opht. otology and laryngology*, sept. 1902). — De l'examen des voies optiques centrales, nucléaires et cérébrales, en particulier des phénomènes produits par l'électrisation de la région du sillon précentral, l'auteur conclut que le nystagmus volontaire est possible (mais lentement : cas de Colburn). Une sonde introduite dans la région du corps strié et du thalamus a produit des mouvements nystagmiques. Des lésions du cerveau ne donnent jamais des mouvements incoordonnés.

D. WELLS. **Le stéréoscope dans l'hétérophone et le strabisme au début.** — Un examen complet de strabique doit étu-

dier la perception maculaire simultanée du sujet, sa fusion vraie (et dans quelle amplitude), son sens de la perspective. L'auteur recommande les cartons de Javal, les plus simples. Il ne s'est pas bien trouvé de la méthode de Park Lewis qui donne au malade des prismes, base externe, à porter en permanence ; il faut faire de la gymnastique musculaire à l'aide d'une monture de lunette avec prisme de 3° à 7°, base en dehors, que le patient emploie pendant quelques minutes pour regarder une lumière rapprochée, puis il relève la monture pendant dix secondes et recommence (méthode de J. Payne).

L'optométrie, profession nouvelle (*Lancet*, 19 novembre). — Un article du Dr Brown, qui paraît un docteur américain, paru dans la *Revue commerciale d'optique et de photographie*, revendique le droit à l'existence d'une profession nouvelle, l'optométrie. Des examens spéciaux et très réduits, la possibilité de soigner toutes les maladies, même générales (surtout nerveuses), par la prescription de lunettes, sont à créer; *The Lancet* combat facilement, mais non sans une vivacité inquiète, l'importation en Angleterre de ce produit américain.

W. Collins. **Hémorragie secondaire persistante après énucléation du globe pour sarcome.** — Le sujet nettement hémophile fut opéré le 6 juin, et jusqu'au 20 juin on trouva, presque tous les jours, des caillots dans le pansement ; toutes les médications possibles furent appliquées; opiacés à l'intérieur, adrénaline, eau chaude, ergot, chlorure de calcium, tannin, térébenthine, hamamelis et Penganar Djamli (extrait de Cibotum et Asophila de Sumatra et Java).

Percy Fridenberg. **Epreuve de signaux pour dyschromatopsie** (*Medical Record*, 7 octobre). — Les épreuves de Holmgreen, Jennings, Donders, etc., s'écartent trop de la réalité pour donner les renseignements voulus ; il faut reproduire le plus possible les conditions de la pratique journalière. Fridenberg reproduit les idées de Edridge Green. L'auteur décrit un nouveau modèle de lanterne peu différent des précédents.

John E. Weeks. **Hérédité oculaire** (*Med. Rec.*, 8 octobre). — Revue rapide de toutes les malformations, troubles fonctionnels ou lésions, que l'hérédité peut amener dans l'appareil oculaire.

H. Clairborne. **Traitement du trachome** (*Id.*). — Clairborne distingue deux formes : le trachome non inflammatoire et le tra-

chome inflammatoire, qu'il appelle aussi ophtalmie militaire, ou d'Égypte. La cause est inconnue. Le traitement mécanique est le meilleur. L'inoculation gonococcique est décidément abandonnée; le jéquirity ne trouve d'indication que dans les cas de pannus épais. Le nitrate d'argent n'a eu de succès que dans les cas sans grande intensité. Le sulfate de cuivre introduit plus ou moins énergiquement, en crayon, sous les paupières reste des plus efficaces. L'hygiène est à considérer beaucoup. Comme traitement chirurgical, Clairborne abandonne le brossage, l'excision des culs-de-sac, le curetage, et vante surtout l'expression, décrite par Cinguet en 1873, et répandue par Knapp. Clairborne présente une modification de la pince de Knapp dont les rouleaux portent en lignes parallèles des nodules ou rugosités qui rompent les granulations et les écrasent. Dans l'ophtalmie d'Égypte, le traitement doit être surtout médical; l'atropine est rarement indiquée.

Th. Pooley. **Leuco-sarcome de la choroïde** (*Med. Rec.*, 10 novembre). — Le diagnostic de glaucome, d'abord émis, avait amené une iridectomie suivie d'hémorragies multiples; l'énucléation vint ensuite. La tumeur en partie plate et en partie saillante, constituée de petites cellules, avait provoqué une « transudation séreuse sous-rétinienne et un décollement total de la rétine ». Le cristallin était appliqué à la cornée; la tumeur siégeait en arrière de l'équateur.

Dr A. Bouchart.

ACADÉMIE DES SCIENCES

(4 juin 1903)

Paralysie associée des globes oculaires pour la latéralité. — MM. Raymond et Cestan ont recueilli trois observations anatomo-cliniques de paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires. Dans les trois cas, le syndrome observé a consisté en cette paralysie sans strabisme interne, sans paralysie faciale nucléaire ou tronculaire, associés à une hémiplégie alterne sensitive, à des troubles moteurs consistant non dans la perte de la force segmentaire, mais en des troubles de la mobilité tels qu'incoordination, asynergie, mouvements choréo-athétosiques, dysarthrie, etc. A l'autopsie, on trouve un tubercule solitaire

dans la calotte de la partie supérieure de la protubérance, épargnant, d'une part la voie pyramidale, d'autre part les noyaux des 3e et 4e paires. Les auteurs ne croient pas que la 6e paire envoie des fibres directes dans le tronc de la 3e paire ; en outre, ils ont observé des altérations très particulières des olives bulbaires, vacuolisation, destruction des cellules, etc., sclérose et démyélinisation des fibres, surtout de la capsule olivaire.

(15 juin 1903)

Inertie cérébrale relative à la vision des lettres, par MM. André Broca et D. Sulzer. — Pour étudier l'énergie lumineuse nécessaire pour provoquer un acte mémoriel complexe, comme celui de la reconnaissance d'une lettre, MM. Broca et Sulzer utilisent un disque rotatif permettant à une image réelle d'une lettre de se former durant un temps mesurable, et, entre deux éclairs lumineux, ils maintiennent à l'obscurité la surface rétinienne sur laquelle se forme l'image du tout objet, dans les expériences un E et un V.

Leurs recherches poursuivies de la sorte leur ont montré que les actes rétiniens et les actes cérébraux sont simultanés. Cela étant, on conçoit aisément que si l'acte rétinien est assez complexe, il puisse exiger une quantité d'énergie assez considérable pour que celle qui est employée simultanément dans le cerveau soit assez grande pour permettre la reconnaissance d'une lettre. C'est le cas de l'E.

Au contraire, si l'acte rétinien est très simple, il est terminé longtemps avant l'acte mémoriel, qui est bien analogue dans tous les cas. C'est le cas du V.

Les auteurs concluent que les actes mémoriels se font pour la plus grande partie aux dépens d'énergie endogène, tandis que la segmentation rétinienne se fait exactement ou en grande partie aux dépens d'énergie exogène.

(Juillet 1903)

Sur les mouvements de torsion de l'œil pendant la rotation de la tête, par M. Yves Delage, membre de l'Institut (*Académie des Sciences*, juillet 1903). — Le professeur Yves Delage nous apporte une précieuse contribution à un point intéressant de physiologie oculaire : les mouvements de torsion de l'œil, pendant la rotation de la tête.

Il a utilisé pour son étude l'astigmatisme myopique dont il est atteint, et s'est astreint à une série d'expériences sur sa

propre personne. Fixé et assujetti par des liens dans une grande caisse mobile que des aides font tourner de 15° en 15°, ayant devant lui à quelques mètres un tableau avec une tache lumineuse ronde au centre (l'image de cette tache sur la rétine d'un œil myope et astigmate est une ellipse d'autant plus grande que la tache est plus éloignée du punctum remotum et dont le grand arc est dirigé parallèlement au méridien le plus myope), il a pu déterminer pour toutes les positions de la tête les directions correspondantes d'un méridien invariablement lié à l'œil. Il est arrivé aux conclusions suivantes que nous résumerons brièvement.

Pour un œil :

1° Pour chaque inclinaison donnée de l'orbite, les torsions correspondantes de l'œil ne sont pas indépendantes du sens de la rotation qui a amené l'orbite à l'inclinaison qu'il présente.

2° Pour une même inclinaison de l'orbite, obtenue par la rotation à droite, puis par rotation à gauche, il y a une grande différence entre les torsions correspondantes de l'œil et ces torsions sont de sens inverse.

3° Quand l'orbite parcourt la circonférence entière de l'œil, au lieu de se laisser entraîner passivement dans le mouvement de l'orbite, il suit d'abord ce mouvement avec un certain retard, et par conséquent se tord autour de la ligne de regard, en sens inverse de la rotation de l'orbite (torsion négative).

Cette torsion négative ne dépasse un maximum de 15° à 20°, puis diminue et s'annule. Le mouvement continuant, la torsion de l'œil change, devient positive, arrive à un maximum moindre que celui de la torsion négative (10° à 12°) et revient à zéro.

Le professeur Yves Delage examine encore quelques points intéressants dans sa note à l'Académie et annonce la publication intégrale de son travail dans les *Archives de zoologie expérimentale*. Nous reviendrons plus tard sur cette étude.

Dr Beauvois.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

(23 janvier 1903)

Etude du tissu conjonctif injecté de paraffine. — MM. Mauclaire et Beauvy ont étudié, chez l'homme, du tissu cellulaire qui avait reçu antérieurement de la paraffine injectée dans un but

plastique. Le processus est caractérisé par la diffusion de la paraffine injectée, par l'enkystement parfait, par la formation de cellules géantes contenant de petits blocs de paraffine. D'après les auteurs, la résorption serait donc réelle, mais très peu active, comme le montrent d'ailleurs les faits cliniques. Observé chez une malade atteinte d'hémiatrophie faciale inférieure chez laquelle la symétrie faciale a pu être rétablie en grande partie après plusieurs injections.

M. CORNIL pense que la résorption histologique n'est pas démontrée. Les vacuoles qui sont creusées dans certaines cellules géantes ne sont pas nécessairement le reliquat, la place vide de fragments de paraffine, car ces vacuoles s'observent fréquemment dans toute cellule géante.

(Société anatomique, 23 janvier, 1903).

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

Jeune garçon atteint d'anévrisme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux droit. Exophtalmie, par M. ROHMER. — Le 6 mai dernier, l'enfant eut la tête écrasée par un gros rouleau en bois; lorsqu'il fut relevé après l'accident, il avait perdu connaissance et saignait par la bouche, le nez et les oreilles ; il n'a pas eu d'ecchymose sous-conjonctivale et palpébrale. Après une heure et demie d'évanouissement, l'enfant vomit du sang en grande quantité. Après quatre et cinq jours au lit, le blessé mangeait bien et sortait ; à ce moment, il s'aperçut qu'il était devenu sourd de l'oreille droite et que la moitié droite de la figure était enflée. Le 12 mai, vomissement sans maux de tête. Le 15 juin, environ six semaines après l'accident, apparaît assez brusquement une exophtalmie de l'œil droit. Le malade se présente à l'hôpital le 20 juin. On constate une paralysie faciale complète de tout le côté droit de la face. Il existe une exophtalmie très prononcée de l'œil droit ; les paupières entr'ouvertes laissent voir, surtout en bas, une conjonctive congestionnée, œdématiée; la paupière supérieure seule est mobile; la paupière inférieure ne fait aucun mouvement. Tout le système veineux de la partie antérieure droite de la tête est distendu ; à l'ophtalmoscope, la pupille paraît normale ; l'œil ne fait de mouvements dans aucun sens. A la palpation du globe, on sent que celui-ci, non augmenté de tension, est repoussé en avant, mais peut être

réduit par une pression un peu prolongée ; en même temps on sent, sinon l'œil lui-même, tout au moins, derrière l'arcade sourcilière, des battements isochrones au pouls. L'auscultation révèle l'existence d'un souffle très intense qui s'entend aussi bien au niveau de l'œil que sur toute la région temporale. La compression de la carotide primitive fait cesser le souffle et les battements. De l'oreille droite, surdité complète. De l'existence de tous ces symptômes, on conclut à l'existence d'un anévrisme artério-veineux siégeant en avant de la pointe du rocher. Celui-ci, fracturé, a lésé à la fois les nerfs auditif et facial ainsi que la carotide interne à son entrée dans le sinus caverneux. La ligature de la carotide primitive est pratiquée le 20 juin. Immédiatement le souffle et les battements disparaissent d'une façon définitive ; l'exophtalmie aussi a diminué considérablement. Le malade n'a pas eu le moindre trouble du côté du cerveau. Aujourd'hui, 9 juillet, l'exophtalmie a totalement disparu ; la conjonctive oculaire est encore un peu rouge. Il va de soi que ni la surdité ni la paralysie faciale n'ont été en quoi que ce soit influencées par l'opération. Le blessé a quitté l'hôpital dix jours après l'opération, en excellent état. (In *Revue médicale de l'Est*, 1903.)

NOUVELLES

INVITATION AU X^e^ CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Monsieur et cher Confrère,

Ainsi que vous le savez, le congrès international d'Ophtalmologie, réuni à Utrecht, en 1899, a désigné la Suisse comme le pays de sa prochaine réunion. Il a chargé M. le professeur Pflüger de prendre les mesures nécessaires.

Répondant à l'appel de leur collègue, M. le professeur Pflüger, les ophtalmologistes soussignés ont constitué le comité d'organisation du congrès. Ils ont nommé le plus âgé de leurs collègues suisses, M. le professeur Dufour, comme président, M. le professeur Pflüger comme vice-président, M. le professeur Mellinger, comme secrétaire et trésorier ; ils ont désigné, de plus, le président du dernier congrès, M. le professeur Snellen, comme président honoraire.

Nous sommes heureux, en outre, de pouvoir vous annoncer que le président actuel de la Confédération suisse, M. Deucher, docteur en médecine, a bien voulu accepter la présidence d'honneur du X^e^ Congrès d'Ophtalmologie.

Les ophtalmologistes suisses ont accueilli avec enthousiasme la nouvelle du choix par lequel le congrès d'Utrecht avait honoré leur pays. C'est avec joie qu'ils se sont joints à nous, et c'est en leur nom aussi que nous vous envoyons, très honoré confrère, l'invitation de bien vouloir assister au prochain congrès.

Les congrès internationaux d'ophtalmologie se réunissent tous les cinq ans, l'année 1904 sera l'année du prochain congrès.

La ville où le congrès doit siéger sera Lucerne et la date en a été fixée aux 19, 20 et 21 septembre.

Ces trois journées seront consacrées au travail, les matinées aux ***discussions***, les après-midi surtout aux ***démonstrations***.

Il ne vous aura pas échappé que quelques bons esprits ont reproché, non sans raison, aux congrès scientifiques d'atteindre de moins en moins leur but qui est l'avancement de la science, non seulement parce qu'ils consacrent trop de temps aux parties de plaisir, mais aussi parce que le développement si rapide des journaux scientifiques spéciaux rend presque superflu d'entreprendre un long voyage pour entendre des communications que l'on comprendrait mieux à la lecture, d'autant plus que le nombre excessif des travaux dans ces congrès élimine presque totalement la discussion qui est la chose que le journal scientifique ne peut rendre convenablement.

En fait, c'est l'échange des pensées dans la ***discussion*** qui est surtout le but, la raison d'être de ces réunions nombreuses d'hommes qui cultivent la même science. C'est d'elle seule que ressort la compréhension juste non seulement des choses, mais aussi des personnes, et c'est du choc des idées que jaillit l'étincelle susceptible d'apporter de nouvelles clartés.

Nous espérons, si vous voulez bien nous accorder votre appui, rendre à la discussion le rôle qu'elle mérite d'occuper. Pour cela nous avons fixé le ***programme de travail*** que voici :

Nous prions MM. les membres du congrès qui se proposent de communiquer un travail, d'en envoyer le texte en même temps que leur cotisation ***avant le*** 1^er^ ***mai*** 1904, à l'adresse de M. le professeur Mellinger à Bâle. Le travail devra être écrit dans une des quatre langues officielles du congrès : ***allemand, anglais, français, italien,*** et l'étendue ne dépassera pas cinq pages imprimées du format du compte rendu des congrès précédents.

Il va de soi que les travaux devront être scientifiques et dignes du congrès.

Les communications seront groupées suivant leur contenu et immédiatement imprimées. Elles formeront la *première partie du compte rendu du congrès* et seront envoyées à chaque participant avec sa carte d'inscription quinze jours au moins avant l'époque de la réunion.

Ainsi chacun sera mis au courant des sujets appelés à être traités, et sera ainsi en mesure de se préparer à une discussion sérieuse. Par ce moyen, on peut se passer d'entendre la lecture du travail dans la séance Les auteurs seront appelés par le président à faire connaître, en quelques mots, leurs *résultats* et leurs *conclusions*, sur quoi on passera à la *discusion*, si celle-ci est demandée par un quelconque des assistants.

De cette façon, les participants au congrès opéreront eux-mêmes le triage de ce qui les intéressera : ils pourront éviter d'entendre les sujets qui ne les concernent point et se consacrer au contraire complètement à la discussion des questions auxquelles ils portent de l'intérêt.

Nous avons l'espoir de pouvoir entendre ainsi l'avis d'hommes expérimentés auxquels il manque le temps de rédiger des travaux.

L'impression de la discussion formera alors la *deuxième partie du compte rendu du congrès* qui sera envoyé à chaque membre après la clôture de celui-ci.

Nous proposons un seul sujet officiel qui concerne d'ailleurs une question importante, à la solution de laquelle la grande autorité d'un congrès paraît particulièrement nécessaire.

Question : *Fixer au point de vue de l'indemnité la valeur d'un œil perdu ou endommagé.*

Nous avons chargé MM. le professeur Dr *Axefeld* (Fribourg, Bade), Dr *Sulzer* (Paris), Dr *Würdemann* (Milwaukee), de présenter un rapport sur ce sujet. Leur travail prendra place au commencement du compte rendu. La discussion de ces travaux sera la première des discussions du congrès.

Il n'est pas impossible que d'autres travaux arrivés plus tard puissent encore être entendus et ajoutés à la seconde partie du compte rendu. Mais cela ne peut être qu'à la condition expresse que la discussion des travaux imprimés en laisse le loisir et qu'ils ne dépassent pas la mesure prescrite. *On n'imprimera que ce qui aura été traité en séance.* Les manuscrits arrivés trop tard pour être présentés seront rendus à leurs auteurs à la fin de la réunion. Nous ajouterons à chaque travail la date de sa réception pour assurer la priorité à leurs auteurs.

La *démonstration* est aussi un des buts principaux d'un congrès et se place immédiatement au-dessous de la discussion. Nous consacrerons aux démonstrations les après-midi, et nous les recommandons d'une manière tout à fait chaleureuse à MM. les participants. Les démonstrations d'appareils, préparations, instruments, méthodes d'opérations, les projections de toute espèce, seront les bienvenues, mais nous voudrions en outre réunir au congrès une exposition de tous les objets anciens ou nouveaux qui se rapportent à notre branche d'étude. Leur énumération, ainsi que les explications nécessaires pour les faire comprendre seront jointes à la seconde partie du compte rendu.

Quant aux *figures*, le congrès ne pourra en supporter les frais qu'autant que ses moyens financiers le lui permettront. Ainsi, des travaux de valeur, une préparation sérieuse à leur discussion, une participation empressée aux démonstrations et à l'exposition donneront, nous en avons le ferme espoir, au X^e^ Congrès d'Ophtalmologie un intérêt particulier.

Après un travail assidu, place aux délassements bien mérités ! En effet, nous n'entendons pas que la valeur scientifique fasse négliger la valeur sociale du congrès.

La ville de Lucerne se propose de donner une réception la veille de l'ouverture du congrès, le 18 septembre.

Le 20 septembre aura lieu notre banquet officiel. Toutes les choses intéressantes que présente la vieille cité seront ouvertes aux membres du congrès, grâce au concours bienveillant des autorités.

Nous nous adonnons aussi à l'espoir que dans ces derniers jours d'automne le soleil luira avec une bienveillance particulière sur cette région si favorisée de notre beau pays.

Dans cette attente, nous avons prévu pour l'un des soirs des jours de travail et pour la journée tout entière du 22 septembre une promenade sur le lac ou une course à la montagne. En outre, la Compagnie des bateaux à vapeur du lac des Quatre-Cantons et les chemins de fer de montagne du Pilate et du Rigi ont consenti en faveur des membres du congrès et de leurs familles un rabais de moitié du prix de la course.

Ainsi, Monsieur et très savant confrère, nous ferons notre possible pour préparer le prochain congrès. Mais il dépendra de la bienveillance de nos collègues étrangers de faire qu'il réussisse tout à fait et qu'il tourne au profit de la science.

Que notre modeste invitation trouve chez vous un accueil favorable et vous inspire l'idée de bien vouloir participer à notre entreprise.

Au nom des ophtalmologistes suisses, nous vous prions d'agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de notre très haute considération.

Professeur Snellen, Utrecht,
président du IX^e^ Congrès.
D^r^ Barde, Genève.
Professeur M. Dufour, Lausanne.
Professeur Haab, Zurich.
D^r^ E. Landolt, Paris.
Professeur Mellinger, Bâle.
Professeur Pflüger, Berne.

P.-S. — Nous nous permettrons de vous communiquer des renseignements ultérieurs par une seconde circulaire. Nous vous prions toutefois de considérer comme définitives les dispositions exposées ci-dessus.

Une cotisation de 25 francs donnera droit aux comptes rendus du congrès et aux délassements prévus dans cette circulaire (à l'exception du banquet et de l'excursion d'un jour). C'est M. le professeur Mellinger, à Bâle, qui est chargé de recevoir cette cotisation et de délivrer en échange une carte d'inscription.

Si l'on désire de plus amples informations, on est prié de bien vouloir s'adresser à nos correspondants :

Pour la France et la Belgique : M. le D^r^ Terrien, 6, rue Chambiges, Paris, VII^e^.

Pour l'Italie : M. le professeur Bajardi, Turin.

Pour l'Espagne : M. le D^r^ Reina, Fuencarral, 96, Madrid.

Pour la Russie : M. le D^r^ Germann, Gorockowaja, Saint-Pétersbourg.

Pour l'Egypte : M. le D^r^ Alfred Osborne, Alexandrie.

Pour le Japon : M. le D^r^ Maito, Tokio.

Pour le Canada : M. le D^r^ Coote, Québec.

Pour l'Amérique latine :

M. le D^r^ Santos Fernandez, Prado, 105, La Havane, Cuba.
M. le D^r^ L. Chavez, Portillo San Diego, 11, Mexico.
M. le D^r^ Paulo Fonseca, Rio de Janeiro, Brésil.
M. le D^r^ Welchli, calle de Cerito, 1079, Buenos-Aires.

Le professeur Cirincione, directeur de la clinique ophtalmologique de Sienne, a été choisi pour succéder au professeur Ricardo Secondi. Nous lui adressons toutes nos félicitations.

NÉCROLOGIE

Le Professeur PFLÜGER (1846-1903)

Le professeur Pflüger qui vient d'être enlevé si prématurément à la science et à l'affection des siens était né à Bären-sur-l'Aar le 1er juillet 1846. Il fit ses études à Berne d'abord, puis à Utrecht et à Vienne. Ses maîtres furent Dor, Donders et Arlt; reçu docteur en 1870, il fut nommé en 1876 professeur extraordinaire et en 1879, professeur ordinaire d'ophtalmologie à l'Université de Berne. Il s'acquit très rapidement une brillante réputation comme praticien, comme professeur et comme savant. Ses principaux travaux parurent dans les *Klinische Monatsbl.*, *Archiv. fur Augenheil. Centralbl. f. Augenh; Berliner klin. Wochenschr.*, etc., etc., de 1875 à 1902. En voici les titres :

Colobome des paupières (Klin. Monats., X). — *Herpès cornéen* (Id., XI). — *Luxation du cristallin* (Id.). — *Ophtalmie sympathique* (Corr. Bl. f. Schweitz. Herzte. 1875). — *Lupus conjonctival. Ulcère induré du bord des paupières. Strabisme congénital* (Klin. Monats. 1876). — *Le sens des couleurs* (Centralbl. f. Augenh., 1877 et 1881). — *Rapport annuel de la Clinique ophtalmologique de Berne*, 1877. — *Nystagmus et otites* (Zeitschr. f. Pr. Méd. 1878). — *Le Pemphigus conjonctival* (Klinische Monatsbl., XVI). — *Phakomètre et chiastomètre* (Corr. Bl., 1879). — *Planches pour la dyschromatopsie* (Berne, 1880). — *Observations de cécité des couleurs* (Arch. f. Augenh., IX et X). — *Hémianopsie* (Corr. Bl., 1882). — *Nutrition de la cornée* (Kl. Monats., 1882). — *Microcéphalie et Microphtalmie* (Arch. f. Augenh., XIV). — *Optotypie* (Berne, 1884). — *Cocaïne* (Centrabl. f. Augenh., 1885). — *Sarcome métastatique de la choroïde* (Arch. f. Opht., XIV). — *Skiascopie* (Corr. Bl., XV). — *Ulcus serpens* (Corr. Bl., XVI). — *La myopie à l'école* (Annales d'hygiène, XXIII). — *Développement de la myopie* (Zeïtsch. f. Schulgesundheitspflege, I). — *Kératite ulcéreuse* (Arch. f. Opht., XXXVII). — *Opération de la cataracte* (Kl. Monatsbl., 1892). — — *Ophtalmométrie* (Comptes rendus du Congrès de Berlin). — *Les verres toriques* (Kl. Monatsbl., 1893). — *Circulation lymphatique dans l'œil* (Arch. f. Augenh., XXVIII). — *Suppression du cristallin transparent.* — *Narcose générale* (Heidelberg. Gesellsch., 1902). — *Opération de la cataracte secondaire* (Opht. Kl., 1902). — *Lagophtalmos* (Kl. Monast., 1902). — Etc.

Le Professeur RICARDO-SECONDI (1832-1903)

Nous devons encore enregistrer la mort d'un de nos principaux confrères italiens, recteur de l'Université de Gênes, le Dr Ricardo Secondi.

Ricardo Secondi, né en octobre 1832 à Casale Majocco (province de Milan), mourut en octobre 1903, à Gênes. Il fit ses études à Pavie et à Vienne. Dans la première ville il fut assistant du célèbre Flarer ; puis fut appelé en 1863 à l'Université de Gênes comme professeur d'ophtalmologie dont il devint le recteur en 1871 jusqu'à sa mort. En 1882, il fut élu sénateur du royaume d'Italie.

Secondi était un excellent médecin, un dévoué professeur et un savant de premier ordre ; c'était de plus une personnalité considérable. Tous ceux qui l'approchaient avaient pour lui une grande estime et conservaient de lui un souvenir plein de déférence.

Ses principaux travaux ont trait au *glaucome*, à la *rétinite albuminurique*, à l'*ischémie rétinienne*, *guérison du kératocone*, *cataracte*, *décollement de la rétine*, *traitement opératoire*, *exophtalmie pulsatile*, *galvanocautère dans la lèpre oculaire*, etc., etc.

LIVRES NOUVEAUX

Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes, par S. Baudry, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Lille, 3e édition.

Cette nouvelle édition se distingue surtout des précédentes par l'importance qu'a donnée l'auteur aux chapitres qui constituent la troisième partie de l'ouvrage et dans lesquels le professeur S. Baudry s'est surtout étendu sur les *affections oculaires provoquées, entretenues ou simulées*, sur l'*hystéro-traumatisme oculaire*, et enfin sur *les blessures de l'œil* devant les lois d'assurances sur les accidents du travail. Cette partie du livre présente le plus grand intérêt pour les confrères d'un pays où cette législation est relativement encore jeune.

Enfin, avec l'aide de son éminent collègue de la Faculté de droit, M. Jacquey, qui a bien voulu rédiger la partie juridique, M. Baudry a nettement tracé la marche à suivre dans l'expertise tant en matière civile qu'en matière criminelle.

Le Gérant : Félix Alcan.

6308. — L.-Impr. réunies, B, rue Saint-Benoît, 7. — Motteroz, dir.

APPLICATIONS DU DIPLOSCOPE

(SUITE)

DE LA NEUTRALISATION [1]

PAR

Le Dr REMY

La grande partie des strabismes convergents a lieu chez les hypermétropes; aussi, désigne-t-on souvent le strabisme en dedans sous le nom de strabisme hypermétropique.

Le mécanisme de ce genre de strabisme a été mis en évidence par Donders. La déviation interne se produit grâce à la *synergie* de l'accommodation et de la convergence; c'est l'*état de convergence dynamique.*

Les exemples de guérison de ces strabismes au moyen de verres convexes sont trop fréquents pour laisser aucun doute sur leur étiologie et leur mécanisme.

Parfois le strabisme convergent coïncide avec une myopie même assez forte; mais là aussi l'effet doublement correcteur des verres de lunettes est souvent franchement apparent. Sans les verres, les yeux dévient en dedans et la vision est défectueuse. Avec les verres ils se redressent instantanément et la vision est améliorée.

On a attribué cette déviation en dedans des myopes à un *état de convergence statique.*

Le mécanisme de ces deux sortes de strabisme en dedans semble différent; mais ce qui leur est commun, c'est leur redressement au moyen des verres correcteurs. Plus on perfectionne les procédés de mensurations oculaires, plus on constate fréquemment un certain degré d'amétropie ou d'amblyopie, et on est amené à conclure que les strabismes

1. V. *Recueil,* janvier, octobre, novembre 1902 et novembre 1903.

convergents sont dus en partie à un défaut de réfraction et que c'est en premier lieu dans les verres qu'il faut chercher l'adjuvant indispensable pour opérer le redressement.

La plupart des strabismes divergents ont lieu chez les myopes. L'effet des verres correcteurs peut aussi, dans un assez grand nombre de cas, se faire sentir par un léger redressement des yeux. Ici encore on constate la synergie de l'accommodation et de la convergence ; toutefois, il n'est pas douteux que l'insuffisance musculaire à elle seule peut avoir une importance qu'elle n'aurait pas dans d'autres cas, le rapprochement du point de fixation chez le myope nécessitant un effort de convergence impossible ou trop difficile à produire.

La moindre déviation oculaire se traduit par de la diplopie. D'après le mécanisme de l'extériorisation, il doit en être ainsi. C'est du reste facile à constater. Pour peu qu'avec le doigt ou volontairement on déplace un des globes oculaires, la diplopie apparaît. On peut aussi la produire avec verre prismatique placé devant un œil.

Ce prisme agissant à la façon d'une déviation de l'œil lui-même produit la diplopie comme précédemment, avec cette différence qu'instinctivement on cherche à corriger l'effet du prisme par une déviation d'effet opposé et que le plus souvent, on en vient à bout quand le prisme n'est pas trop fort.

Au contraire de ce qui devrait exister, la diplopie fait défaut dans le strabisme concomitant, tandis qu'elle existe constamment dans le strabisme paralytique même prononcé, à moins qu'il ne soit de date très ancienne.

Cette absence de diplopie dans le strabisme suffit pour expliquer en partie sa persistance, l'instinct ou les efforts volontaires ne pouvant intervenir pour supprimer ce qui n'existe pas. C'est au contraire l'apparition de la diplopie qui nous gênerait et que nous aurions plutôt intérêt à éviter.

Il résulte de ces quelques explications que le strabisme est presque toujours accompagné d'un défaut de réfraction ou de vision. Il est probable que, si dès l'enfance les yeux pouvaient être *parfaitement* corrigés, le strabisme m'appa-

raîtrait pas. Quand il est produit, l'absence de diplopie constitue un obstacle à sa guérison.

C'est cette absence de diplopie qui a été désignée sous le nom de *neutralisation* et que nous allons étudier.

La neutralisation, comme on tendait à le croire, n'est pas une chose qui se produit à la longue, comme tout le monde peut la voir au diploscope. Elle arrive d'emblée, elle est comme une chose essentielle et devient en quelque sorte la clef du strabisme.

Dans le strabisme paralytique, il y a toujours diplopie.

Dans le strabisme concomitant, elle n'existe pas ou rarement.

Quant à la diplopie physiologique, elle passe inaperçue comme si elle n'existait pas.

Lorsque nous fixons un objet placé à une certaine distance, nos yeux, par rapport au point fixé, sont comme déviés en dedans pour les objets plus éloignés et en dehors pour les objets plus rapprochés. Avec un peu d'attention on finit par arriver à constater qu'il y a diplopie croisée pour les objets plus rapprochés et homonyme pour ceux plus éloignés. C'est là la diplopie physiologique; mais si elle saute aux yeux avec le diploscope, combien peu de personnes l'ont jamais constatée sans son secours? Et surtout jamais qui que ce soit n'a été incommodé de cette diplopie.

C'est évidemment le peu de netteté ou plutôt d'intensité des images par suite de la non-mise au point sur la rétine qui les rend presque invisibles et les fait passer inaperçues. C'est une sorte de neutralisation; mais ce n'est pas une neutralisation à proprement parler, puisqu'on peut arriver à constater les deux images à la fois, mais sans jamais les obtenir bien apparentes et elles ne gênent jamais plus que si elles n'existaient pas.

Je crois que dans certains strabismes unilatéraux où un œil seul est affaibli par suite d'inégalité dans l'état de la réfraction il existe quelque chose d'analogue. L'impossibilité où est le mauvais œil d'obtenir des images nettes et suffisamment intenses favorise cette absence de diplopie. A une neutralisa-

tion incomplète mais suffisante pour laisser l'œil dévier succède une neutralisation *complète résultant à son tour de déviation*. Ce qui le prouverait, c'est la facilité de faire cesser ces strabismes après correction de l'asymétrie et quelques exercices au diploscope.

A peine le verre correcteur est-il placé devant l'œil dévié que la vision simultanée est obtenue avec le diploscope. Non seulement l'instrument rend cette constatation évidente, mais il sert aussi à déterminer les verres qui conviennent, car on est certain que ceux qui produisent ce résultat sont suffisants. Quelques exercices au diploscope ont vite fait de transformer cette vision simultanée en vision binoculaire, ce qui prouve que les yeux n'avaient besoin que de bien voir tous les deux pour se redresser presque d'eux-mêmes.

De tels exemples sont bien propres à nous convaincre que la correction de l'amétropie devrait suffire à redresser la plupart des strabismes, à condition d'y aider avec quelques exercices de gymnastique. Mais nos moyens de correction sont-ils assez parfaits ? J'en doute. Le rôle de l'accommodation doit surtout être très néfaste et empêcher souvent le bon choix des verres. On ne tardera pas à s'apercevoir que le diploscope est appelé à rendre de grands services pour le choix des verres, mais c'est plutôt en agissant comme *instrument* de comparaison et de contrôle qu'autrement.

Dans la majorité des strabismes les choses ne se passent pas de la même façon. Souvent les deux yeux ne présentent pas d'inégalité bien apparente dans la réfraction ni dans le degré d'acuité visuelle. Rien ne pourrait faire supposer, surtout avec un faible degré de strabisme, qu'un des yeux cesse de voir en même temps que l'autre. Il faut le secours du diploscope pour nous bien édifier sur ce point. C'est pourquoi, si l'étude théorique ou physiologique de cet instrument est intéressante, il faut la compléter par les recherches cliniques pour qu'elle ne reste pas stérile.

Quand la déviation est très prononcée dans le strabisme concomitant, les images maculaires pour un œil arrivent sur un point très éloigné de la macula dans l'autre œil. Leur peu

d'intensité peut contribuer pour une certaine part à favoriser l'absence de diplopie et aussi à créer une difficulté plus grande dans son rétablissement ou plutôt dans celui de la vision simultanée ; mais là ne saurait être toute l'explication, puisque pareille absence de diplopie n'existe pas avec une égale déviation d'origine paralytique.

On a donc été amené à admettre la *neutralisation* pour expliquer l'absence de diplopie, mais sa démonstration directe restait à faire. La vision au stéréoscope est anormale; elle sort des conditions ordinaires. Certains sujets jouissant d'ailleurs de la vision binoculaire sont incapables de voir au stéréoscope. Ce genre de vision exige, pour la vision de près, un parallélisme dont sont incapables ceux dont la tendance à la convergence est grande. Inversement, un certain degré de divergence incompatible avec la vision binoculaire rend la vision stéréoscopique très facile et en fait davantage apprécier les beautés.

Avec le diploscope, l'expérience à trois lettres est identique à la vision dans les conditions normales. Les indications qu'elle donne ne sont pas entachées d'erreur, aussi la démonstration de la *neutralisation* est devenue de toute évidence.

En parlant de *neutralisation*, l'auteur d'un récent traité du strabisme a dit que c'étaient des mots sans signification.

D'autre part, en lisant ce que j'ai écrit sur ce sujet et en particulier la description de l'expérience qui permet à tout le monde de constater *de visu* l'existence de la neutralisation, certains oculistes se sont montrés incrédules. Et pourtant c'est à des milliers de personnes que j'ai montré deux lettres très visibles avec les deux yeux ouverts. Spontanément ou autrement, les deux lettres se rapprochent; l'une d'elles *disparaît* et, pour la revoir, il suffit de *se boucher un œil*. On ne peut mieux avoir la démonstration de la neutralisation; mais au lieu de venir assister aux expériences, certains incrédules n'ont pas pris la peine de contrôler un phénomène si facile à voir, pour rester dans leur erreur.

Pour ce simple motif, il ne serait donc pas inutile de revenir sur ce sujet; mais il présente un intérêt tout particulier

par suite des observations cliniques auxquelles il a donné lieu et qu'il est bon de connaître pour se faire une idée exacte du strabisme et être guidé dans la méthode de redressement.

La neutralisation, telle est donc la clef du strabisme. Sans elle, cette affection reste obscure et surtout sa guérison n'est complète qu'à la condition de la faire cesser. C'est par quoi il faut commencer.

Facile le plus souvent à obtenir, ce résultat peut présenter des difficultés presque insurmontables que je ne saurais expliquer. Il reste donc encore beaucoup à faire sur ce point. Je me contenterai d'indiquer différents moyens que j'ai dû employer suivant les cas pour arriver à ce but.

On pourrait définir la neutralisation l'impossibilité où est un œil qui voit quand l'autre est fermé de voir quand celui-ci reste ouvert. Dans la neutralisation, il y a donc impossibilité pour les deux yeux de voir en même temps, ils ne peuvent voir que l'un après l'autre.

Si un œil ne voit absolument rien ou à peu près, cette neutralisation totale est pathologique. Si elle ne porte que sur un seul ou quelques objets seulement, cette neutralisation partielle est physiologique, c'est-à-dire qu'elle a lieu ou peut avoir lieu chez tout le monde, même avec une vision binoculaire correcte. A propos de la couleur bleue du ciel, j'ai indiqué aussi une neutralisation spéciale pour les teintes.

Suivant le cas, je désigne la neutralisation sous le nom de partielle ou physiologique ou sous celui de totale ou pathologique ou plus simplement de neutralisation sans autre qualificatif. C'est celle qui se présente dans le strabisme.

Je commence par la neutralisation physiologique qui est plutôt hypophysiologique, celle à laquelle j'ai fait assister des milliers de personnes. Avec elle, lorsqu'on l'a vue se produire, il est facile d'avoir une notion exacte de celle des strabiques.

Elle se fait avec l'expérience à quatre lettres du diploscope. Le mot à voir est KOLA.

Spontanément chez les sujets qui peuvent diverger naturel-

lement, ou bien avec l'aide d'un prisme à sommet nasal, ou bien encore avec des verres convexes, les lettres O L arrivent à se placer l'une devant l'autre en s'enchevêtrant. L'une des deux ne tarde pas à disparaître; elle est complètement invisible quand les deux yeux sont ouverts; mais si c'est la lettre L qui a disparu, il suffit de fermer ou de boucher l'œil gauche pour qu'elle réapparaisse instantanément.

L'explication de ce phénomène qui a paru étrange à tous ceux qui en ont été témoins est pourtant bien simple. Voici comment les choses se passent :

Grâce à une légère divergence par rapport à la distance de fixation où se trouvent les lettres ou grâce à une déviation des rayons lumineux produite par un prisme, la lettre O arrive sur la macula de l'œil gauche, car l'effet est le même dans les deux cas. — La lettre L arrive sur la macula de l'œil droit. De cette façon deux lettres différentes arrivent sur les masculas les deux points *identiques* principaux des rétines.

Il devrait y avoir ce qu'on pourrait appeler hétéropsie, c'est-à-dire vision de deux objets différents au même endroit.

Comme on ne peut guère voir en même temps deux objets différents l'un sur l'autre, sous peine de voir avec confusion, il est préférable dans ce cas qu'un seul œil voie à la fois; l'autre œil cesse de voir à cette place. L'objet différent vu par le premier cache en quelque sorte celui que devrait voir le deuxième œil.

A de nombreux endroits dans la nature les choses se passent ainsi, sans qu'il soit besoin d'une déviation oculaire. Par sa position un des yeux peut voir un objet qui se trouve caché à l'autre œil par un autre objet. Ce deuxième objet devrait donc être vu au même endroit que le premier. Il n'en est rien; on ne voit qu'un objet à la fois ou alternativement l'un après l'autre.

Pareillement un même objet peut apparaître sous une forme différente à chaque œil; par exemple, il est vu ovale par un œil et rond par l'autre. Les choses se passent donc comme si on avait affaire à deux objets différents. Il ne peut

être vu que sous une seule forme. C'est ordinairement sous celle vue par l'œil le mieux placé pour voir l'objet. J'ai indiqué dans les applications du diploscope une épreuve de stéréoscope bien propre à faire constater la chose.

Ce qui se passe pour la macula se passe aussi pour tous les autres points identiques des rétines.

Avec toute déviation oculaire il peut y avoir hétéropsie générale. Sur la totalité des rétines (à part la petite portion non commune aux deux yeux) *deux objets différents* font leur image sur les mêmes points identiques, tandis que le même objet est vu au contraire par deux points non identiques.

Il peut donc arriver deux choses : si l'œil dévié est plus faible que l'autre, les objets vus par le bon œil cachent tous les autres dans l'œil faible. Il y aura neutralisation générale de cet œil, c'est le cas des strabismes.

Quand les deux yeux sont *absolument* égaux en vision, il n'y a pas de raison pour que les objets de l'œil non dévié cachent ceux de l'œil dévié plutôt que d'être cachés eux-mêmes par ceux-ci. Voici ce qui se passe. Les deux yeux se *partagent* la neutralisation dans des proportions variables dépendant de certaines causes qu'il est possible jusqu'à un certain point de déterminer.

Un élément psychique intervient certainement : l'attention concentrée sur un objet donné fait qu'il n'est point perdu de vue par les deux yeux. C'est, d'une part, la macula de l'œil non dévié et, de l'autre, un point extra-maculaire de la rétine qui le voient. Mais alors, c'est dans l'œil non dévié *le point identique* à ce point extra-maculaire de l'autre qui forcément neutralise à son tour.

Avec ces explications, il devient *possible de comprendre* pourquoi il y a diplopie dans le strabisme paralytique et neutralisation dans le strabisme concomitant.

Ces faits indiqués par la théorie sont démontrés par le diploscope. Nous voyons parfois un œil neutraliser pour une lettre, tandis que le deuxième neutralise pour une autre lettre.

Quand nous voulons faire assister à l'expérience de la neutralisation physiologique ou mieux hypophysiologique, nous remarquons que des causes différentes la favorisent et la font se produire sur un œil plutôt que sur l'autre.

Citons les principales :

1° Une altération anatomique qui diminue la vision;

2° Un défaut de réfraction;

3° L'amblyopie principalement celle dite ex anopsiâ;

4° L'exposition d'un œil à une grande lumière, quand l'autre est dans l'ombre (altération du poupre rétinien).

Cette dernière cause est rendue très évidente par le diploscope. Elle donne raison à quelques explications de la genèse du strabisme qu'on pouvait regarder comme des histoires de bonnes femmes et qui maintenant ont une réelle valeur scientifique.

5° L'effet de la volonté qui concentre l'attention sur un objet plutôt que sur un autre. Que de fois, pour aider à faire disparaître une lettre dans le diploscope, j'ai dit : Pensez à cette lettre plutôt qu'à l'autre.

Ces données sur la neutralisation permettent de juger de l'influence des anomalies de réfraction et surtout de l'anisométropie dans la production du strabisme.

D'autres causes passagères peuvent aussi favoriser la neutralisation. Quand ces causes portent sans cesse ou simplement souvent sur le même œil, celui-ci cessant de fonctionner avec l'autre devient vite *amblyope ex anopsiâ*. L'amblyopie de ce nouvel ordre est beaucoup plus fréquente et surtout plus facile à corriger qu'on ne pense. Elle n'a pas besoin d'être bien grande; le moindre degré même peu appréciable suffit pour perpétuer la neutralisation.

Il a souvent suffi pour faire neutraliser un œil que celui-ci fût tourné du côté de la fenêtre et que l'autre fût dans l'ombre. De ce simple fait répété quelque temps a pu naître un commencement d'amblyopie ex anopsiâ, laquelle à son tour en entretenant la neutralisation du même côté n'a fait qu'augmenter l'amblyopie.

NEUTRALISATION DES STRABIQUES

Avec le diploscope, la neutralisation des strabiques est facile à constater.

Dans l'expérience à quatre lettres K O L A, avec les deux yeux le malade ne voit que les voyelles : en fermant l'œil gauche il peut apercevoir les consonnes. En ouvrant les deux yeux il ne peut jamais voir que l'un ou l'autre de ces deux genres de lettres.

Toutefois il est à noter qu'avec certains strabismes faibles que j'ai qualifiés d'*invisibles*, les quatre lettres peuvent être lues à la fois alors que dans l'expérience à trois lettres les trois lettres ne peuvent être vues en même temps, ou encore que le malade en voit quatre au lieu de trois.

L'explication de ce paradoxe est facile.

Une légère déviation externe permet de voir le mot KOLA de la façon suivante :

K OL A

et avec une légère déviation interne on lit :

KO LA

Dans l'expérience à trois lettres, D O G, on ne voit au contraire que DO ou OG. — DO veut dire que c'est l'œil droit qui voit; OG, que c'est l'œil gauche.

Cette expérience à trois lettres est donc plus difficile à lire que celle à deux lettres. Au lieu de ne voir que DO ou OG, on peut d'autres fois voir en même temps D et G mais à la condition de voir deux OO.

D O O G

C'est en examinant indistinctement au diploscope la plupart des malades qui se présentent qu'on arrive à trouver des quantités de sujets présentant la neutralisation complète, et on est toujours étonné au début de trouver tant de personnes

qui n'ont pas la vision binoculaire, même sans *paraître loucher*.

Dans tous ces cas, si on recherche la déviation oculaire par le moyen que j'ai indiqué en modifiant l'expérience à deux lettres verticales, on trouve qu'elle *existe* toujours. On a donc véritablement affaire à des *strabismes* invisibles.

A part le degré de la déviation, ils se comportent donc comme les strabismes ordinaires; mais il est probable qu'ils seront toujours plus faciles à corriger.

Je dois signaler en passant l'erreur à laquelle exposerait un premier examen trop rapide au diploscope. Il pourrait faire croire à une déviation qui n'est que momentanée, due à la surprise causée par l'instrument lui-même et à l'attention spéciale donnée à certaines lettres plutôt qu'aux autres. Avant de tirer une conclusion, il faut que le malade ait appris à regarder au diploscope.

Ces exemples de neutralisation avec une déviation minima non apparente ne sont pas seulement curieux par eux-mêmes; ils sont aussi propres à démontrer la *réalité de la neutralisation*. Elle n'est donc pas une simple atténuation de l'image qui se produit au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la macula.

Cette dernière atténuation peut évidemment jouer un certain rôle; il est certain, en effet, que dans un fort degré de strabisme convergent ou divergent les voyelles groupées ensemble seront vues très loin des consonnes lorsque la neutralisation aura pu être vaincue. On les voit simultanément mais difficilement, alors qu'il était *impossible* de les voir avant la cessation de la neutralisation.

Or quelqu'un qui sait converger outre mesure aussi fortement que le plus fort strabique, ne cesse pas de voir les deux lettres à la fois tout en les voyant également moins nettement. Il n'y a pas de neutralisation.

Quand on regarde un expérimentateur faire cette démonstration, il faut tenir compte d'une erreur que l'apparence peut faire commettre. Un vrai strabique qui fixe avec un seul œil tient ce dernier à peu près au milieu de la fente palpébrale

et l'autre est complètement porté dans l'angle interne. Celui qui par une convergence exagérée cherche à copier le strabique a les deux yeux également déjetés en dedans.

Dans le premier cas, l'aspect de la physionomie est plus laid que dans le second et peut faire croire à tort à une déviation plus prononcée que dans le second.

Dans un cas de strabisme interne très prononcé avec neutralisation invincible, le malade apercevait de l'œil dévié la couleur d'une cloison qu'il appliquait devant son nez. La cloison était colorée en rouge d'un côté et en bleu de l'autre. Par ce fait il croyait que la neutralisation n'avait pas lieu, puisque cet œil voyait en même temps que l'autre.

La raison était mauvaise, car il faut observer que la neutralisation n'existe pas pour les parties rétiniennes qui voient en dehors du champ commun aux deux yeux. Il ne saurait y avoir hétéropsie dans ce cas, puisque la neutralisation résulte ordinairement de l'arrivée de deux objets différents sur deux points identiques.

La diminution de la sensibilité de la rétine dans les parties éloignées de la macula joue un rôle bien peu important dans la production de la neutralisation. On va le voir par ce qui va suivre.

Quand on commence chez un strabique le traitement par le diploscope, on arrive assez vite à faire naître en partie la vision simultanée; mais l'étendue du champ de cette vision est absolument limitée et on a plus de peine à la faire sortir de ses limites étroites. C'est néanmoins une partie de la première étape vers la guérison.

Il faut qu'il n'y ait pas hétéropsie. J'obtiens ce premier résultat au moyen des deux exercices suivants qui sont en quelque sorte les deux premières leçons et qu'il faut répéter un certain nombre de fois avant de continuer.

La première consiste à faire voir les deux lettres verticales. En général, les strabiques ne mettent pas un long temps, *après correction de la réfraction et correction de l'amblyopie*, pour voir les deux lettres simultanément. Inutile d'ajouter qu'ils ne voient pas l'une au-dessus de

l'autre, mais suivant une ligne oblique de haut en bas.

Le deuxième exercice consiste à abaisser la barrette verticale dans l'expérience à trois lettres (expérience vraiment normale) pour ne laisser voir que la lettre médiane.

Elle est vue double, assez facilement par un strabique, c'est-à-dire par les deux yeux à la fois, c'est donc un commencement de vision simultanée.

Il ne saurait y avoir hétéropsie.

Dans l'un et l'autre cas, une lettre unique arrive sur la macula d'un œil et sur un point non identique de l'autre œil.

Ici il n'y a pas d'image qui puisse cacher l'autre, la neutralisation n'a pas de raison d'exister.

Dès qu'on relève la barrette rien n'est changé dans les distances respectives de la lettre dédoublée, et cependant elle cesse d'être vue double.

Il a suffi que d'autres parties de la rétine de l'œil qui fixe aient d'autres choses à voir pour que celui-ci seul continue à lire au détriment de l'autre qui cesse toute vision, même celle qu'il avait avant.

Dr Remy.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er décembre 1903

PRÉSIDENCE DE M. A. TERSON.

M. Péchin, *secrétaire annuel*, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal est adopté.

M. Morax, *secrétaire général*, dépouille la correspondance qui comprend :

1° Une lettre du Dr Prioux (de Reims), qui envoie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national un

travail sur « le rôle des couleurs d'aniline dans la thérapeutique oculaire ».

2° La lettre suivante de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur :

Paris, le 30 novembre 1903.

« Monsieur le Président,

« Comme suite à ma circulaire en date du 20 juillet dernier, j'ai l'honneur de vous annoncer que le 42e Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira, à la Sorbonne, le mardi 5 avril prochain, à 2 heures précises. Ses travaux se poursuivront durant les journées des mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 avril.

« Le samedi 9 avril, je présiderai la séance générale de clôture, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

« Je vous serai obligé, monsieur le Président, de vouloir bien, par un avis spécial et très explicite, communiquer, le plus tôt qu'il vous sera possible, ces dispositions aux membres de votre Société qu'elles peuvent intéresser.

« Agréez, monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

« *Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.*

« Pour le Ministre et par autorisation :

« *Le Directeur de l'Enseignement supérieur,*
« BAYET. »

Monsieur le Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris, à Paris.

ÉLECTIONS. — Le docteur POULARD est élu membre titulaire.

Le docteur BRUCH (d'Alger) est élu membre correspondant national.

Le docteur OLIVEREZ FRANQUÈS est élu membre correspondant étranger.

ELECTIONS GÉNÉRALES POUR 1904. — M. CAUDRON, vice-président, est élu président.

M. DEHENNE est élu vice-président.

M. MORAX, secrétaire général, est maintenu dans ses fonctions.

MM. PÉCHIN et DUPUY-DUTEMPS, secrétaires annuels, sont réélus.

MM. CHEVALLEREAU et J. CHAILLOUS. **Sur une forme de neuro-rétinite d'origine centrale.** — Une femme de 26 ans, Louise R..., est venue le 2 novembre à la consultation des Quinze-Vingts, présentant des phénomènes ophtalmoscopiques sur lesquels nous désirons attirer l'attention. Voici l'observation complète de cette malade.

Les antécédents de famille n'apprennent rien de bien particulier. Le père est encore vivant et bien portant. La mère a eu sept enfants à terme et une fausse couche venue après la première grossesse. L'aîné des enfants est mort au régiment; une petite fille est morte à six mois. Les cinq autres enfants se portent bien.

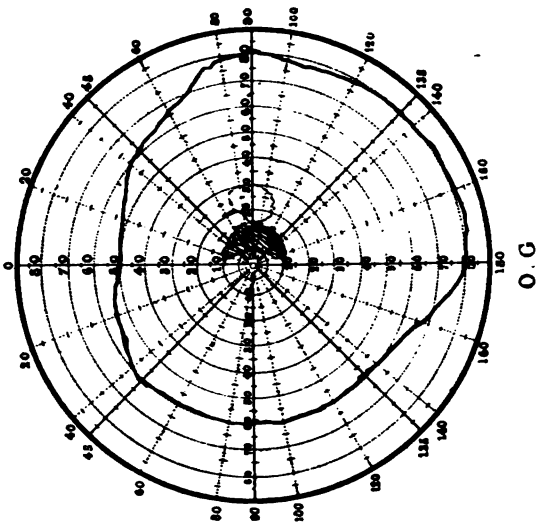
La malade elle-même, nourrie au sein par sa mère, a été assez chétive pendant son enfance. Elle a marché à 15 mois, a été menstruée à 16 ans, régulièrement dès le début. A 18 ans elle a fait une fièvre typhoïde. En juillet 1902 elle a eu une pleurésie droite qui a duré deux mois et dont elle ne paraît pas avoir conservé de trace. Devenue enceinte peu après, en octobre 1902, elle est accouchée le 9 juillet dernier d'un garçon venu à terme et qui se porte bien. Il ne semble pas qu'il y ait eu aucune infection après cette grossesse.

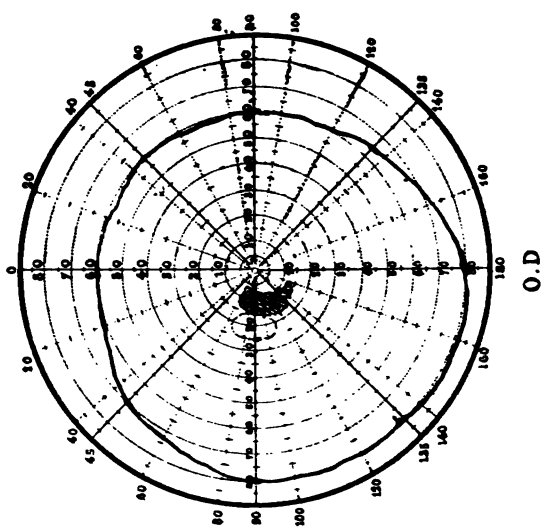
Six semaines après cet accouchement, elle s'est aperçue que son œil droit louchait et qu'elle voyait double. La diplopie a duré un mois, puis a disparu. La vue a baissé à droite et à gauche, surtout à gauche depuis cette époque.

En même temps qu'elle a vu double, la malade a ressenti des maux de tête, localisés surtout au niveau de la nuque, durant jours et nuits, empêchant même la malade de dormir. Ces maux de tête ont cessé il y a quinze jours. A aucun moment elle n'a eu envie de vomir. Elle accuse de plus dans la cuisse gauche des douleurs assez vagues, allant du pli de l'aine au genou, douleurs existant seulement pendant le repos et disparaissant lorsqu'elle a fait une longue course.

Lorsque la malade vient à la consultation, nous constatons une paralysie de la 6e paire gauche; l'œil gauche ne peut se porter en dehors et même il est dévié en dedans d'environ 10°. La diplopie est celle que l'on observe toujours dans la paralysie de la 6e paire. Les réactions pupillaires sont normales. La recherche de la réfraction montre une hypermétropie de 0,25 pour l'œil droit, d'une dioptrie pour l'œil gauche. L'acuité visuelle est de 0,5 pour l'œil droit, de 0,1 pour l'œil gauche. Le champ visuel est d'étendue à peu près normale à la périphérie, mais de chaque côté on trouve près du centre et en dehors de celui-ci un scotome relatif ayant cette disposition : sa forme est celle d'un quartier d'orange vu par

sa face plane, allongé de haut en bas; le bord interne, le plus





rectiligne, est placé à environ 5° en dehors du point de fixation; le bord externe, le plus convexe, arrivant à 15°; les dimensions

verticales de ce scotome sont d'environ 15° à 20°. Ce scotome existe pour le blanc et pour les couleurs.

Le plus intéressant dans cette histoire, c'est le résultat de l'examen ophtalmoscopique. Les milieux sont tout à fait transparents et rien n'empêche de voir nettement le fond de l'œil. De chaque côté la papille disparaît sous un œdème grisâtre dans lequel plongent les vaisseaux centraux qui par place disparaissent entièrement. Les artères ont sensiblement diminué de calibre; les veines au contraire sont sinueuses, dilatées, d'une coloration plus foncée. Sur le pourtour l'œdème est semé de petites hémorragies en flammèches; mais ce qui est tout à fait particulier dans le cas actuel, c'est un semis de petites taches blanches, d'un blanc éclatant, rappelant celui des plaques de dégénérescence graisseuse. Par leur ensemble ces taches blanches offrent la forme d'un triangle dont la base très allongée et verticale est accolée au bord externe de la papille; le sommet, peu distant de la base, correspond à la *foveu centralis*. Cette forme triangulaire est beaucoup plus régulière sur l'œil droit que sur l'œil gauche.

L'examen des urines montre l'absence de sucre et d'albumine.

Le traitement consiste en frictions mercurielles et iodure de potassium, 2 grammes par jour.

Le 6 novembre, la malade est considérablement améliorée; elle n'a plus l'air abattu qu'elle avait il y a huit jours; elle est gaie au contraire et dit se sentir beaucoup mieux. Cependant le strabisme est toujours le même et l'aspect du fond de l'œil ne s'est pas sensiblement modifié, mais l'acuité visuelle est notablement améliorée; elle est de 5/10 pour l'œil droit, de 5/30 pour l'œil gauche.

Le 9 novembre la vision s'est encore améliorée, elle est de 5/7,50 pour l'œil droit, de 5/15 pour l'œil gauche.

Le 11 novembre V. OD = 5/7,50. V. OG = 5/10.

Le 14 novembre, une ponction lombaire donne issue à 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Le liquide, paraissant soumis à une forte pression, sort en jet. Après cette ponction, la malade ne ressent aucun trouble, sauf un léger mal de tête, peu persistant. Cette issue de liquide n'a donné lieu à aucune modification appréciable dans l'acuité visuelle ni dans le champ visuel. Quant à l'examen du liquide, il a été négatif, mais peut-être par une faute de technique et sans que l'on puisse en tirer aucune conclusion.

M. Babinski a bien voulu faire un examen du système nerveux de cette malade sans pouvoir en rien conclure.

Actuellement l'état du fond de l'œil s'est sensiblement modifié : les papilles sont moins saillantes; les veines ont notablement

diminué de calibre. L'aspect de toute la région du pôle postérieur est notablement plus pâle qu'il ne l'était au début. Le pointillé blanc situé entre la macula et la papille s'est modifié en ce sens qu'un certain nombre de ces petites taches se sont réunies pour former des taches plus larges, d'autres pour former de petites stries, mais la disposition générale est restée la même. Sur le pourtour de la région œdématiée, surtout à gauche, il y a une zone diffuse de décoloration, mais ici les taches d'un gris jaunâtre sont loin d'avoir l'aspect blanc éclatant des taches situées entre la papille et la macula.

L'acuité visuelle reste la même. V. OD = 5/7,50. V. OG = 5/10. La malade d'ailleurs n'éprouve absolument aucune gêne, elle se trouve fort bien et ne vient à la consultation que parce que nous lui demandons de revenir.

Les pupilles sont dilatées, mais mobiles; la paralysie de la 6e paire persiste, avec strabisme de 10° et diminution du champ d'excursion du globe de 20°.

Ces taches blanches de la région du pôle postérieur dans la neuro-rétinite d'origine centrale, sans albuminurie, sont très rarement observées; aussi nous croyons devoir rapporter l'histoire d'une autre malade tout à fait analogue à la précédente et que nous avons suivie l'an dernier jusqu'à sa guérison presque complète. Le Dr Monphous, alors à Saint-Malo, qui nous envoyait cette malade, nous adressait en même temps, le 10 novembre 1901, une note fort précise dont nous extrayons ce qui suit :

« Mlle R... a été envoyée au bord de la mer pour y guérir un état pathologique mal déterminé que son médecin appelait de l'anémie. Elle a été prise d'une affection grave des yeux pour laquelle je l'ai soignée depuis le 26 octobre. A ce moment, le médecin de Saint-Malo, qui soignait la santé générale, craignait une méningite. Quelques-uns des symptômes oculaires semblaient confirmer sa façon de voir, mais d'autres saillants aussi faisaient penser à tout autre chose.

Voici la note que j'ai prise sur mon livre, sommairement, le jour de la première visite.

Mlle R..., 22 ans.

Paralysie des droits externes; diplopie corrigée par un prisme de 18° à 20°. Mydriase assez prononcée et strabisme léger alternant. V. OD OG = 1/3, sans aucune amélioration par les verres. Névrite et rétinite double avec tous les symptômes ophtalmoscopiques de cette affection d'origine albuminurique. Douleurs de tête extrêmement vives.

Cette affection a débuté il y a quinze jours et a commencé par

l'amblyopie; la diplopie est venue ensuite. Étiologie vague (anémie profonde ?).

Sous l'influence du traitement, la diplopie a disparu en peu de temps et la vision de l'œil droit s'est améliorée. Actuellement V. OD = 2/3. De près lit tous les caractères les plus fins. OG, état à peu près stationnaire. La santé générale est très améliorée. La céphalalgie a complètement disparu.

Vous constaterez comme moi que les signes ophtalmoscopiques ramènent toujours à la pensée que le rein doit être en cause. L'altération maculaire surtout a été très manifestement faite d'exsudats rayonnés en forme d'étoile. Ces exsudats radiés se voient encore un peu du reste sous cet aspect, quoiqu'ils se soient réunis et aient formé de vastes taches argentées. Ils sont, à droite, un peu au-dessous de la macula, tandis qu'à gauche ils sont en plein dessus, ce qui explique la différence de vision. Je trouve même qu'à gauche ces taches prennent un aspect atrophique.

J'ai à plusieurs reprises fait faire l'analyse des urines. On n'y a jamais trouvé trace d'albumine et cependant la malade m'a dit avoir eu, il y a deux mois et demi ou trois mois, les mains, la figure et les jambes enflées.

Le traitement a consisté en onctions mercurielles, iodure de potassium, vésicatoires répétés fréquemment.

On commence à voir quelque chose qui ressemble maintenant à un nerf optique. Au début, c'était le tableau le plus complet de la neuro-rétinite albuminurique. »

Lorsque cette jeune fille est venue nous consulter, le 19 novembre 1901, nous avons constaté tous les symptômes si bien décrits par le Dr Monphous, et même cela rappelait si bien l'aspect de la neuro-rétinite albuminurique que nous avons pensé qu'il pouvait s'agir là d'une albuminurie transitoire et plusieurs fois nous avons fait refaire l'analyse des urines sans plus de succès qu'à Saint-Malo. Ce jour-là, l'acuité visuelle était un peu moins bonne que ne l'avait trouvé le Dr Monphous; nous trouvions V. OD = 0,3 V. OG = 0,1 la malade étant emmétrope.

Le 4 décembre, les hémorragies péripapillaires avaient disparu, mais l'aspect du fond de l'œil était le même par ailleurs. Nous trouvons V. OD = 0,5, V. OG = 0,2. Comme traitement, la malade prend chaque jour 3 grammes d'iodure de potassium. Son état général est devenu très bon. Il n'y a aucune paralysie des muscles oculaires, aucun autre phénomène d'ailleurs que la diminution de l'acuité visuelle et les lésions constatées à l'ophtalmoscope.

Le 2 janvier 1902, V. OD = 0,6, V. OG = 0,2. La vision binoculaire est de 0,7.

Le 7 février, V. OD = 0,8, V. OG = 0,3. De chaque œil, la malade lit les plus fins caractères de l'échelle de Snellen. Le fond de l'œil a subi des modifications notables, les bords papillaires sont devenus parfaitement nets.

Le 7 mars, le fond de l'œil devient plus net, plus propre en quelque sorte; les taches blanches maculaires deviennent notablement moins prononcées. V. OD = 0,9, V. OG = 0,3.

Le 11 mars, la vision de l'œil gauche a notablement augmenté V. OG = 0,5; cependant la papille de ce côté est un peu pâle et la tache blanche maculaire n'a pas sensiblement changé. A droite, la papille est devenue de même un peu pâle, mais le pointillé blanc placé entre la macula et la papille a très notablement diminué.

Le 18 avril, l'aspect ophtalmoscopique change considérablement; à droite, les stries blanches s'effacent rapidement. A gauche, les lésions sont encore beaucoup plus prononcées qu'à droite, mais beaucoup moins qu'elles ne l'étaient il y a un mois.

Le 12 mai, on retrouve à peine à droite des traces des stries blanchâtres sous la forme d'une légère pigmentation brunâtre; il n'existe plus de pointillé blanc; à gauche, il y a encore des lésions assez prononcées, mais beaucoup plus effacées que la dernière fois.

Le 18 juin, on retrouve encore une pigmentation brunâtre de la région de la macula. A gauche, le piqueté blanchâtre fortement diminué existe encore sous la forme de deux îlots placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la macula. La papille droite est normale, la papille gauche est pâle et les couleurs sont moins nettement perçues, moins saturées de ce côté. L'acuité visuelle est restée la même que ci-dessus. Le champ visuel est normal. La santé générale est toujours excellente. La malade quitte Paris pour retourner à Saint-Malo.

Ces deux observations, qui offrent tant de points communs, peuvent se résumer en quelques mots.

Dans les deux cas, après des symptômes cérébraux rappelant absolument un début de méningite, la malade est prise de paralysie de la 6e paire dans un cas, des deux 6e paires dans l'autre, puis d'un affaiblissement de la vue; les lésions ophtalmoscopiques sont celles de la neuro-rétinite par stase : saillie considérable de la papille qui est très œdématiée et dont les bords sont complètement effacés par cet œdème, diminution du calibre des artères, augmentation très notable du calibre des veines qui sont noires, sinueuses, irrégulières, en partie masquées par l'œdème péripapillaire; nombreuses hémorragies en flammèches sur le pourtour de la papille et surtout, fait tout particulier dans l'espèce, apparition dans la région maculaire, mais uniquement dans l'es-

pace compris entre la fovea et le bord externe de la papille, d'un pointillé blanchâtre, éclatant, argenté. Ces taches blanches, offrant d'abord l'aspect d'un pointillé très fin, se réunissent ensuite pour former soit des taches blanches plus larges, soit des stries. Ces stries peuvent avoir une forme un peu irrégulière, mais elles peuvent aussi être disposées en éventail, former un triangle très net dont le sommet correspond à la fovea centralis tandis que la base s'appuie sur le bord externe de la papille.

Ces taches blanches n'indiquent pas ici un pronostic fatal comme elles le font habituellement dans la rétinite albuminurique; c'est plutôt le contraire : l'état général des malades se remonte et peut redevenir excellent; la vision elle-même s'améliore; enfin, ces taches peuvent se résorber et même disparaître. Dans celle de nos observations où l'évolution est terminée elles ont laissé d'un côté une pigmentation brunâtre qui elle-même paraissait devoir disparaître peu à peu.

Ces faits-là sont assurément très rares, ce qui légitime ce travail, mais ils ne sont pas tout à fait nouveaux. Il en est fait mention dans le Manuel et l'Atlas d'Ophtalmologie de Gowers (Londres, 1879) : « La névrite dans la maladie de Bright présente parfois des taches blanches dans la papille et près d'elle, mais il en est de même dans la névrite occasionnée par une affection intra-cranienne » (Trad. par Testelin, *in Ann. d'Oculistique*, t. 82, 1879).

Hughlings Jackson a communiqué à la Société ophtalmologique du Royaume-Uni, dans la séance du 10 mars 1881, un travail sur la névrite optique dans les maladies intra-craniennes, analysé par Van Duyse *in Ann. d'Oculistique*, t. 86, 1881. Nous y trouvons ce passage : « L'aspect du fond de l'œil si souvent pathognomonique dans la maladie de Brigt peut rappeler exactement la névrite optique des lésions encéphaliques. On peut constater l'existence de taches granulo-graisseuses disposées en éventail dans la région de la macula, un gonflement intense du nerf optique, et des apoplexies striées. Dans l'un et l'autre cas, maladie de Bright, lésions cérébrales, on rencontrera parfois des symptômes généraux identiques (céphalalgie intense, vomissements, marche générale semblable) ».

Fuchs, dans son *Manuel d'Ophtalmologie* traduit par Leplat (1892), dit ceci (p. 184) : « Spécialement dans les tumeurs du cerveau, on rencontre une forme de neuro-rétinite qui consiste en ce que, à côté des symptômes observés sur la papille, il existe dans la région de la macula lutea des stries fines, argentées, qui ressemblent à celles qui caractérisent la rétinite albuminurique ».

Dans le *Manuel d'Ophtalmologie* de de Wecker et Masselon (1889), à propos de l'image ophtalmoscopique de la névrite optique

(p. 659), les auteurs disent ceci : « Une étoile plus ou moins ébauchée, apparaissant dans la région de la macula, vient encore parfois rapprocher l'image de celle de la rétinite néphrétique. Mais il faut remarquer que, dans la neuro-papillite, cette étoile maculaire est ordinairement incomplète, de même que les autres altérations ont, en général, une tendance à s'étaler irrégulièrement sur la rétine, en ménageant certaines parties ».

Dans le *Traité pratique des maladies des yeux* du regretté Édouard Meyer, 4e édition, Paris, 1895, nous trouvons ceci à propos de la neuro-rétinite descendante (p. 355) : « On y rencontre aussi de petites taches blanchâtres dues à la sclérose ou à la modification graisseuse des fibres nerveuses, et quelquefois même les altérations du voisinage de la tache jaune (une figure étoilée composée de petits points ou de lignes blanches rayonnantes) que l'on observe habituellement dans la rétinite albuminurique ».

Le pointillé blanc dont nous parlons a donc été déjà décrit, mais cette description est incomplète, et il nous semble que si d'autres observations viennent s'ajouter aux deux nôtres, on pourra trouver là un élément de diagnostic et de pronostic très utile dans ce point si important de la pathologie cérébrale.

M. Antonelli. — Je viens d'examiner l'intéressante malade présentée par M. Chevallereau et je suis surpris qu'il n'ait pas tenu compte, dans le texte de la communication que nous venons d'entendre, des altérations ophtalmoscopiques que le sujet présente vers la périphérie du fond de l'œil. A mon avis, qui était partagé aussi par quelques-uns des confrères qui observaient tout à l'heure, les deux yeux, et le droit plus nettement encore que le gauche, présentent, dans ce cas, des altérations pigmentaires de la chorio-rétine qui, pour être encore rudimentaires, n'en sont pas moins évidentes. Il est permis de constater, en effet, entre la zone équatoriale et l'extrême périphérie du fond de l'œil, des pointillés pigmentaires, des marbrures très irrégulières, et surtout des stries et des îlots de dépigmentation, constituant ce que j'ai décrit parmi les stigmates rudimentaires de la syphilis.

Si nous songeons à l'ophtalmoplégie dissociée présentée par cette malade, à ses maux de tête, aux lésions ophtalmoscopiques, l'étiologie spécifique par syphilis acquise, latente ou ignorée, paraît la plus probable. Il est important de noter, à cet égard, que le propre de la névrite optique syphilitique est justement souvent de s'associer à des foyers très petits et très superficiels de rétinite ou chorio-rétinite parapapillaire, avec scotome relatif paracentral, comme dans le cas qui nous est présenté, et d'affecter une allure subaiguë ou relativement chronique. Il est permis, dans des cas de ce genre, de porter un pronostic favorable.

M. Chevallereau. — J'ai examiné de nouveau la malade après M. Antonelli. En dehors des lésions de la région du pôle postérieur, je ne trouve absolument rien chez elle que de très banal, rien qui rappelle même de loin une rétinite par syphilis congénitale ou acquise. D'ailleurs, il n'y a absolument rien chez la malade qui permette de croire à l'existence de la syphillis.

M. Dupuy-Dutemps. **Tuberculose choroïdienne** (*Présentation de préparations histologiques*). — En dehors de la tuberculose miliaire de la choroïde, qui apparaît au cours de la granulie ou à sa période ultime et échappe ainsi le plus souvent à l'observation des ophtalmologistes, les cas de tuberculose oculaire à localisation initiale exclusivement choroïdienne sont relativement rares dans la littérature. Liebrecht[1] n'en comptait en 1890 que seize observations. Depuis cette époque la proportion est devenue plus élevée, puisque, dans une période de douze ans seulement, on peut en relever un nombre au moins égal. Ce fait tient vraisemblablement moins à une plus grande fréquence de l'affection qu'au progrès de l'observation clinique et à la vulgarisation des recherches histologiques et bactériologiques. Il est probable, en effet, que la tuberculose choroïdienne a été et est encore souvent méconnue, soit qu'on s'en tienne au simple diagnostic clinique et macroscopique de tumeur ou de choroïdite, soit même qu'un examen histologique superficiel en ait imposé pour un sarcome.

Liebrecht[2] rapporte un cas où l'erreur fut faite dans ces conditions. Ayant eu l'occasion d'examiner un œil énucléé douze ans auparavant pour une tumeur intra-oculaire, diagnostiquée sarcome à cellules géantes, il y constata l'existence de lésions tuberculeuses typiques et la présence de bacilles de Koch.

Quoi qu'il en soit, en raison de la rareté des observations publiées et aussi de la diversité des formes cliniques, tous les symptômes essentiels de la tuberculose choroïdienne n'ont pu être nettement dégagés et la symptomatologie qu'en donnent les traités classiques reste peu précise ou incomplète. En fait, la plupart des cas connus ont donné lieu à une erreur de diagnostic qui n'a été rectifiée que par l'examen histologique.

Aussi m'a-t-il paru utile de rapporter l'observation suivante où la tuberculose de la choroïde a évolué avec l'ensemble des symptômes d'une tumeur intra-oculaire. En rapprochant les faits ana-

1. Liebrecht, Die verschiedenen Formen der Aderhaut tuberculose (*Biolog. Abt. d. ärztl. Vereins*, Hamburg, 1896, et *Münch. med. Wochensch.*, 1897).
2. Liebrecht, Beitrage zur Kenntniss den Geschwülzte des Uveal tractus (*v. Græf's Archiv. f. opht.*, 1890).

logues, on pourra arriver à préciser les caractères particuliers qui permettent dans ces conditions, sinon d'affirmer le diagnostic, du moins de soupçonner la nature tuberculeuse de l'affection.

Mlle X... âgée de 6 ans, s'est présentée à mon examen le 2 janvier dernier à la clinique de M. Abadie. Ses parents s'étaient aperçus par hasard deux mois auparavant que la vision de l'œil droit était complètement abolie. Un confrère, consulté quelque temps après, diagnostiqua un décollement de la rétine. L'œil n'avait jamais présenté aucun phénomène douloureux ou inflammatoire.

Au moment du premier examen, la pupille large était absolument immobile à l'éclairage direct et réagissait assez bien par réflexe consensuel. L'iris était normal et libre de synéchies. A l'ophtalmoscope, on constatait un vaste décollement rétinien, très fortement soulevé et flottant, occupant toute l'étendue de la rétine, sauf le segment supéro-externe. Dans cette région, le fond de l'œil présentait une teinte blanc jaunâtre uniforme, sans qu'on pût y distinguer aucun détail de la choroïde normale, ni même de vaisseaux rétiniens. La papille et les parties voisines étaient complètement masquées par le décollement. La tension oculaire était normale ou tout ou moins n'était pas abaissée. Il n'existait pas trace de perception lumineuse. Pas de douleurs, ni d'injection oculaire.

L'œil gauche était absolument normal.

Dans les antécédents, rien de spécial à signifier : ni syphilis, ni tuberculose, ni affections néoplasiques. L'enfant était d'ailleurs chétive et délicate, mais n'avait été atteinte d'aucune maladie infectieuse grave. L'auscultation ne révélait rien d'anormal; mais il existait une polymicroadénopathie très nette.

En l'absence de toute notion étiologique précise et en raison de l'altération visible de la choroïde dans la région où elle n'est pas masquée par le soulèvement rétinien, la petite malade est soumise à un traitement hydrargyrique.

Vingt jours plus tard le décollement était devenu total, la tension élevée et il existait un trouble diffus glaucomateux de la cornée avec légère injection périkératique. L'enfant se plaignait de douleurs orbitaires, et la pression sur le globe oculaire provoquait de vives douleurs. En présence de ces symptômes, l'hypothèse d'une simple choroïdite devait être abandonnée, et le diagnostic de néoplasme intra-oculaire paraissait s'imposer.

Pensant que l'examen du sang pourrait donner quelques indications sur l'étiologie de l'affection, j'adressai la malade à M. M. Labbé, qui a eu l'obligeance de pratiquer lui-même cet examen le 26 janvier.

Tous les éléments étaient normaux, sauf les éosinophiles dont le nombre était supérieur à la normale. Cette circonstance permettait de soupçonner la présence de vers intestinaux ou d'une tumeur hydatique. A la suite de l'administration de santonine et de calomel, l'enfant expulsa en effet de nombreux lombrics et des ascarides. Quelques jours plus tard, le 2 février, un nouvel examen montra que la proportion des éosinophiles était revenue à la normale.

Cependant l'état de l'œil s'était aggravé : la tension était très élevée; l'iris, enflammé, présentait des synéchies; la cornée était uniformément trouble et entourée d'une injection périkératique très accusée; la chambre antérieure restait profonde. Le trouble des milieux rendait impossible l'exploration ophtalmoscopique. Depuis quelques jours le sommeil était troublé par des douleurs violentes et continues; l'appétit était supprimé. L'enfant amaigrie, triste, était dans un état d'apathie et de somnolence qui faisait penser à la possibilité d'une affection méningée. Pas de fièvre.

Sa mère, sur mes instances, finit par consentir à l'énucléation; mais elle ne ramena l'enfant que quinze jours plus tard. Les lésions avaient progressé très rapidement; la sclérotique, distendue au niveau du segment antérieur, formait surtout en haut et en bas une ectasie considérable, qui faisait saillie entre les paupières écartées et donnait à l'œil un aspect monstrueux. La tension était toujours très élevée, mais l'enfant paraissait moins souffrir.

L'énucléation fut faite le 20 février : la commissure externe dut être fendue pour permettre d'extraire l'œil très volumineux. La coque oculaire n'était pas perforée et n'adhérait en aucun point aux tissus voisins. Toutefois le nerf optique fut coupé loin dans l'orbite et la capsule de Tenon ainsi que les parties antérieures des muscles largement excisées.

La cicatrisation se fit à plat normalement et très rapidement l'enfant revint à la santé.

Le 27 avril l'enfant fut ramenée pour une tuméfaction non douloureuse de la cuisse gauche. Il existait à ce niveau un volumineux abcès froid dû à une lésion de l'extrémité supérieure du fémur qui était probablement antérieure à l'énucléation, car déjà un mois auparavant l'enfant avait accusé pendant quelques jours des douleurs dans la cuisse de ce côté. Mais le fait était alors passé inaperçu et n'avait pas d'ailleurs été signalé.

A la fin du mois de mai, trois mois après l'intervention, il n'existe toujours pas de signes de tuberculose pulmonaire; l'état général est assez bon; la cicatrice orbitaire est parfaitement normale. L'enfant entre à l'hôpital pour le traitement de l'abcès fémoral; depuis cette époque je n'ai pas eu de ses nouvelles.

L'examen macroscopique de l'œil énucléé montre une ectasie considérable de tout le segment antérieur de la sclérotique; celle-ci ne présente pas de perforation. Au niveau de la région maculaire, contiguë à la papille, on voit une tumeur de 15 millimètres de diamètre faisant une saillie de 5 millimètres environ. Elle paraît située dans l'épaisseur de la choroïde et se confond aussi avec la partie voisine de la rétine qui lui adhère. Sur la coupe elle présente une teinte jaunâtre peu uniforme, sans pigmentation et rappelant l'aspect d'un leuco-sarcome. A la périphérie elle se continue sans démarcation nette avec la choroïde. La rétine, très épaissie et friable, est complètement décollée de la papille à l'*ora serrata*, sauf au niveau du pôle postérieur où elle reste accolée à la tumeur sur une étendue de 10 millimètres environ. Le corps vitré est très réduit. Un liquide sous-rétinien très abondant, fluide, non coagulé par le formol et l'alcool et tenant en suspension quelques flocons fibrineux blanchâtres, s'est écoulé au moment de l'ouverture de la coque oculaire.

A l'examen microscopique on voit que la tumeur est formée par des amas irréguliers de cellules rondes à type embryonnaire avec quelques cellules fusiformes; elle contient des granulations tuberculeuses très nettes avec cellules géantes. Les vaisseaux sont rares; le pigment fait défaut. Dans les préparations traitées par le Ziehl on trouve quelques bacilles (trois ou quatre sur chaque coupe) présentant les caractères morphologiques du bacille de Koch, les uns situés dans les cellules géantes, les autres au voisinage.

La tumeur manifestement choroïdienne se continue insensiblement avec les parties voisines de la choroïde. Celle-ci est épaissie, profondément désorganisée et infiltrée sur toute son étendue de cellules embryonnaires; mais elle ne contient pas, en dehors de la tumeur, de follicules tuberculeux nettement caractérisés, ni de cellules géantes. Le corps ciliaire est également infiltré.

Dans l'iris il existe des amas discrets de cellules rondes; mais pas de nodules tuberculeux.

La rétine est envahie par le tissu tuberculeux dans les parties qui adhèrent à la tumeur; dans le reste de son étendue elle est épaissie, atteignant selon les points deux et trois fois son épaisseur normale; ses éléments sont en grande partie détruits et méconnaissables; elle est partout infiltrée de cellules embryonnaires. Ces lésions sont plus accusées dans la région postérieure, voisine de la tumeur. La partie interne de la rétine est la plus profondément altérée; c'est par elle, comme l'a montré l'histoire clinique, qu'a commencé le décollement.

Le nerf optique est atrophié et l'atrophie est surtout accusée au

niveau de son faisceau croisé, correspondant aux parties internes de la rétine. Mais ni le tissu interstitiel, ni les gaines ne sont envahies par les processus tuberculeux.

La sclérotique est infiltrée de cellules embryonnaires en nappes continues dans ses couches internes, au niveau du segment antérieur ectasié. Dans les autres régions on ne trouve que de rares foyers isolés; et il est remarquable qu'au voisinage immédiat de la néoplasie choroïdienne les lésions de la sclérotique soient aussi peu intenses.

En résumé, il s'agit d'un cas de tuberculose, localisée d'abord sous forme conglomérée dans la région maculaire de la choroïde, où les lésions sont les plus anciennes; la partie voisine de la rétine a été ensuite envahie par contiguïté et finalement l'infection s'est étendue à toute la membrane vasculaire et à la rétine sous forme de tuberculose diffuse. Son évolution a été celle d'une tumeur intra-oculaire à développement extrêmement rapide : décollement rétinien; phénomènes glaucomateux violents, entraînant la distension de la coque sclérale; apparition tardive d'une iritis légère, comme on peut en observer dans les cas de néoplasmes intra-oculaires. Le décollement de la rétine, très étendu dès le premier examen, ne permettait pas d'ailleurs de reconnaître les lésions de la choroïde ni les caractères ophtalmoscopiques d'une pseudo-tumeur.

Cette forme glaucomateuse de la tuberculose choroïdienne se retrouve, dans les observations publiées, avec une certaine fréquence et des caractères si semblables qu'elle doit être considérée comme un type clinique bien établi, méritant une description spéciale. Cependant elle est à peine mentionnée ou même complètement méconnue dans les traités classiques. Aussi dans la plupart des cas cette variété de tuberculose oculaire a-t-elle été confondue avec un gliome ou un sarcome, selon l'âge du malade. Dans le cas de Ginsberg[1] on porta le diagnostic de gliome chez un enfant de 3 ans; dans celui de Künz[2] l'énucléation fut faite chez un sujet de 3 ans pour gliome avec envahissement de l'orbite; dans l'observation de Liebrecht[3] on avait cru à un sarcome chez un enfant de 1 an 1/2; dans deux observations de tuberculose choroïdienne, accompagnées de décollement de la rétine, rapportées par Emmanuel[4], on avait porté le diagnostic du gliome chez des enfants de

1. Ginsberg, Chorioditis exsudativa und mehrfach gestielte polypöse Granulations geschwulst der Aderhaut als pseudo-gliom (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk*, 1894).
2. Künz, *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, 1901.
3. Liebrecht, *loc. cit.*
4. Emmanuel, *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1902.

5 ans 1/2 et de 6 ans. Zur Nedden[1] a publié récemment deux observations à peu près identiques à la nôtre. Dans le premier cas il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, jusque là bien portante, qui présenta des phénomènes inflammatoires de l'œil gauche. Les milieux étaient transparents et il existait un soulèvement de la rétine en bas et en dehors avec hypotension. Trois semaines après le début de l'affection : hypertension, ectasie sclérale au niveau de la partie supéro-externe de la région équatoriale, augmentation des phénomènes inflammatoires; on trouva une tumeur choroïdienne s'étendant du corps ciliaire à la papille, formée de tissu tuberculeux contenant des bacilles de Koch. La rétine décollée était envahie et méconnaissable au niveau de la tumeur. La seconde observation se rapporte à un enfant de 5 ans chez lequel s'étaient développés depuis cinq mois et demi des phénomènes inflammatoires sur l'œil droit qui était devenu staphylomateux. Injection ciliaire; dilatation pupillaire; aplatissement de la chambre antérieure; tension très élevée; reflet blanc jaunâtre à l'ophtalmoscope. On fit, grâce à l'observation précédente, le diagnostic de tumeur de nature tuberculeuse. Il existait dans la choroïde au voisinage du pôle postérieur une masse tuberculeuse de 15 millimètres, contenant des cellules géantes et des bacilles de Koch. Le nerf optique était envahi, la sclérotique perforée par places. La rétine décollée adhérait à la tumeur.

Dans la phase initiale, lorsque les milieux sont clairs et qu'il n'existe pas de décollement, on peut par l'examen ophtalmoscopique distinguer un néoplasme vrai, unique et à bords nets, d'une pseudo-tumeur tuberculeuse dont la masse, entourée d'une aréole blanchâtre, due à l'envahissement des parties adjacentes de la choroïde, n'est pas nettement limitée et est environnée de petits nodules tuberculeux.

Mais lorsque l'exploration ophtalmoscopique est impossible du fait d'un décollement de la rétine, il ne paraît pas exister de signe certain et constant pour différencier cliniquement la tuberculose choroïdienne d'une véritable tumeur. La même incertitude existera dans les cas d'ailleurs exceptionnels de tuberculose limitée à la rétine et au nerf optique, comme ceux publiés par Brailey[2] et par A. Knapp[3], où la masse tuberculeuse, implantée sur la papille et la rétine voisine et ayant amené un décollement total, simulait complètement un gliome.

1. Zur Nedden, Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Aderhautgeschwulst (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, oct. 1903).

2. Brailey, A tuberculous mass Growing from the optic nerve (*Opht. Soc. of Great Brit. and Irland*, 1883).

3. A. Knapp, *Archives of Ophtalmology*, 1903, n° 1.

L'état de la tension oculaire ne peut pas fournir d'indications certaines. Il est cependant admis généralement et enseigné dans les ouvrages didactiques que l'un des caractères distinctifs de la tuberculose intra-oculaire est que, contrairement aux néoplasmes, elle ne provoque pas d'accidents glaucomateux et même s'accompagne souvent d'hypotonie plus ou moins accusée. L'observation précédente et celles analogues, qui ont été citées, montrent que cette règle est inexacte et que la tuberculose intra-oculaire tout comme un néoplasme peut se manifester par les deux symptômes associés : décollement rétinien et hypertension.

Les signes oculaires seuls seront donc souvent insuffisants pour fournir les éléments d'un diagnostic différentiel; tandis qu'on pourra les trouver parfois dans certaines circonstances qui, isolément, auraient chacune peu de valeur, mais dont la réunion créera de sérieuses présomptions en faveur de la tuberculose.

D'abord l'âge du malade : le plus souvent, presque constamment la tuberculose conglomérée à forme de pseudo-tumeur a été observée chez de jeunes sujets. Cependant, dans un cas de Manfredi et Cofler[1], le malade était âgé de 43 ans. Entre 6 et 20 ans, les probabilités tirées de l'âge seront donc en faveur de la tuberculose, car il est trop tard pour un gliome, trop tôt pour un sarcome.

D'autre part, l'évolution de la tuberculose est en général plus rapide que celle d'une tumeur proprement dite et l'ectasie sclérale suit de près l'apparition des phénomènes glaucomateux.

Dans le cas de Berardinis[2], la perforation de la sclérotique s'était produite en quatre mois. Trois semaines après le début apparent de l'affection l'ectasie sclérale était constituée dans le premier cas de Zur Nedden; et dans son second cas, où le staphylome était énorme, les premiers phénomènes irritatifs dataient de cinq mois et demi. Dans notre observation, l'ectasie sclérale était déjà considérable cinq semaines après l'apparition de l'hypertension. Cependant, dans certains cas, la tuberculose peut évoluer très lentement même avec des phénomènes glaucomateux et n'aboutir au staphylome qu'après longtemps. Tel le cas de Manfredi et Cofler où la durée de l'évolution chez un sujet, âgé, il est vrai, de 43 ans, fut de trois ans. Mais c'est l'exception.

L'apparition d'une iritis est aussi un signe de probabilité, d'autant plus important qu'il est plus précoce, en faveur de la tuber-

1. Manfredi et Cofler, Contribution à l'étude clinique et anatomique de la tuberculose oculaire (*Congrès d'Ophtalmologie de Milan*, 1880).

2. De Berardinis, Tuberculosi bulbare cronica propagata al nervo ottico (*Lavori della clin. ocul. R. Univ. di Napoli*, 1898).

culose uvéale, alors même que l'iris ne présente pas de nodules tuberculeux apparents. Au cours de l'évolution d'un néoplasme l'infection ne se produit en général qu'à une période tardive.

La tuberculose oculaire n'est que très exceptionnellement primitive et on peut dire qu'elle apparaît toujours chez des individus porteurs d'autres foyers tuberculeux anciens ou en évolution. Aussi les renseignements tirés de l'état général, des antécédents et de la présence de lésions tuberculeuses dans d'autres organes doivent-ils être mis au premier rang parmi les éléments d'un diagnostic différentiel.

L'épreuve de la tuberculine ne peut même pas être considérée comme un moyen fidèle de diagnostic. Dans un cas de tuberculose de l'iris et du corps ciliaire rapporté par Bongartz[1] trois injections de tuberculine n'amenèrent pas de réaction. Il s'agissait cependant d'un cas typique de tuberculose avec cellules géantes et bacilles de Koch.

M. PERRIN. — **Colobome de nerfs optiques.** — Mlle H..., 12 ans et demi. A eu la rougeole à 3 ans, la scarlatine à 11 ans. Depuis l'âge de 4 ans a un écoulement d'oreilles qui persiste encore; presque au début de l'écoulement, perforation des deux tympans.

Pas encore réglée.

Se plaint depuis six mois d'une légère diminution de la vue et vient à la consultation du Perpétuel-Secours au début de novembre.

Les pupilles sont légèrement dilatées mais réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation.

L'acuité visuelle est de 0,2 difficilement à droite, de 0,25 à gauche, et ne peut être améliorée par les verres.

Œil droit. — En examinant l'œil droit à l'image droite, l'aspect de la papille frappe immédiatement. Les diamètres papillaires ne sont pas augmentés. La portion normale du disque optique est réduite à un croissant étroit, de coloration rosée, à concavité externe et légèrement inférieure. La surface papillaire comprise entre le bord concave et les deux extrémités du croissant normal est occupée par une excavation d'un aspect blanc grisâtre chatoyant.

La profondeur de l'excavation augmente des deux pointes au bord concave; au niveau de celui-ci, le fond de l'excavation est vu nettement avec — 8 D., ce qui donne une profondeur de 2 millim. 1/2; sa couleur est d'un blanc chatoyant avec des travées d'un gris ardoisé, montrant qu'il existe là des différences de niveau.

1. Bongartz, *Inaug. Dissert. Wurzburg*, 1891.

Les vaisseaux ont une direction normale, mais il n'y a pas de tronc commun; ils semblent converger vers le centre de la papille, mais tous partent du bord concave du croissant; un gros vaisseau qui suit ce bord concave marque très nettement la margelle du puits formé par l'excavation. Une artère venant du côté temporal jusqu'au disque optique plonge dans l'excavation.

Autour de la papille du côté nasal, il y a un peu de pigmentation.

En dehors du nerf optique, la macula est marquée par une tache sombre nettement visible.

Plus en dehors, quelques points brillants, nacrés, dont un plus grand et plus brillant; depuis le commencement de novembre, ces points ont tendance à disparaître et ont pris une coloration jaunâtre.

Au-dessus de ces points brillants, une traînée blanchâtre qui bifurque en haut.

Œil gauche. — Image droite. La papille présente à peu près le même aspect et la même dimension qu'à droite.

La partie normale est réduite à un croissant étroit à concavité externe.

La portion anormale comprise entre les deux pointes du croissant est égale à un peu plus du quart de la circonférence papillaire. La surface comprise entre le bord concave et les pointes du croissant est occupée par une excavation d'aspect blanc chatoyant. Le fond de cette excavation, qui a le même aspect, avec des travées gris ardoisé, est vu nettement avec — 10 D., ce qui donne 3 millim. 1/2 de profondeur dans la partie la plus excavée.

Les vaisseaux ont la même direction qu'à droite et semblent converger vers le centre de la papille; mais tous partent du bord concave du croissant. Il n'y a donc pas non plus de tronc commun. Un gros vaisseau longeant ce bord concave, marque nettement la margelle du puits formé par l'excavation.

Du côté externe, deux petites artères, l'une en haut, l'autre en bas, plongent dans l'excavation. L'inférieure présente dans l'excavation même une bifurcation.

Du côté nasal de la pupille, il y a une pigmentation légère.

On observe quelques points brillants, disséminés; mais ils sont moins visibles qu'à droite.

Mme H..., 31 ans. Rien de particulier dans les antécédents.

A la kératoscopie, léger astigmatisme myopique des deux yeux.

$$\begin{aligned} &OD\ 90^{o} - 0\ D\ 75\ V = 0{,}4 \\ &OG\ 150^{o} - 0\ D\ 75\ V = 1. \end{aligned}$$

Mme H... ne peut supporter les verres qui la fatiguent.

L'examen des yeux, à l'image droite, montre chez la mère la même anomalie que chez la fille.

Œil droit. — Même croissant étroit de papille normale dirigé en dehors. Le reste de la surface papillaire est profondément excavé et a le même aspect blanc chatoyant. La partie la plus profonde est vue avec — 10 D., ce qui donne un peu plus de 3 millimètres de profondeur. Les mêmes travées d'un gris ardoisé existent.

Les vaisseaux ont la même direction et semblent converger vers le centre de la papille, mais tous partent du bord concave du croissant. Un gros vaisseau marque nettement la margelle du puits formé par l'excavation.

En dehors deux artères arrivent jusqu'au disque optique et plongent dans l'excavation où on les suit.

En bas et en dehors, une veine fait un coude brusque, plonge dans l'excavation où on la suit un moment, puis on la perd. Le point où on cesse de suivre cette veine est vu avec — 6 D.

Autour de la papille, pigmentation peu prononcée, mais un peu plus intense du côté nasal.

Œil gauche. — Absolument même aspect qu'à droite. On voit seulement deux artères arriver au niveau du bord externe du disque optique; elles s'enfoncent dans l'excavation où on les suit.

Le fond de l'excavation est vu nettement avec — 8 D.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 novembre 1903

M. Ch.-A. François Frank. I. **Fonctions sensitives des nerfs ciliaires mixtes irido-constricteurs.** — *a) Resserrement réflexe de la pupille par l'excitation centripète des nerfs ciliaires où dominent les irido-dilatateurs.* — En localisant l'excitation au moyen de deux fines électrodes, l'auteur provoque l'irido-constriction du côté correspondant et un peu du côté opposé.

Il en est de même lorsque les expansions iriennes de ces nerfs ciliaires sont irritées par traumatisme ou inflammation.

L'auteur arrive à cette conclusion sur la voie centripète et le centre réflecteur : l'excitation est transmise par le trijumeau aux origines profondes du nerf moteur oculaire commun, foyers du réflexe, où s'opère l'excitation bilatérale à l'irido-constriction, grâce aux connexions des noyaux de la 6e paire de chaque côté.

Si on sectionne le moteur oculaire commun du côté de l'excitation, l'irido-constriction ne se produit pas de ce côté, mais a lieu du côté opposé. C'est encore une preuve du trajet centripète du trijumeau.

II. Par de nouvelles expériences, Ch.-A.-François Frank démontre que si le ganglion n'est pas un centre pour l'irido-constriction réflexe d'origine oculaire, ce ganglion apparaît nettement comme centre dans la production du réflexe irido-dilatateur provoquée par l'excitation centripète de certains nerfs ciliaires.

L'auteur sectionne un des huit ou neuf filets ciliaires qui accompagnent le nerf optique, à l'exclusion des autres; il sectionne aussi les anastomoses du ganglion avec le moteur oculaire commun et le trijumeau et en arrière avec le sympathique. Alors, l'excitation du segment ganglionnaire produit encore, mais moins rapide et moins complète, la dilatation de la pupille.

Le ganglion est donc intervenu comme centre, puisqu'il était complètement isolé.

D'autre part, en détruisant le ganglion comme organe nerveux par l'application locale de cocaïne, on empêche l'action des cellules nerveuses qui permet encore la transmission aux organes voisins, par conductibilité physique, de l'excitation; dans ce cas, toute action irido-dilatatrice disparaît. Il faut donc conclure en faveur de l'intervention du ganglion ophtalmique comme centre réflexe.

J. GALEZOWSKI.

BIBLIOGRAPHIE ET REVUE DES JOURNAUX

A propos d'un cas intéressant d'hystéro-traumatisme suite d'accident de chemin de fer, par le Dr A. MAHILLON (Bruxelles). (in *Bull. de l'Assoc. Internat. des Méd. Experts des Comp. d'Assurances*, janvier 1903). — Dans un récent travail (*L'examen, l'interprétation et le traitement des maladies survenant à la suite d'accidents*, 1897), le Dr Strumpell déclare « qu'il ne faut attacher qu'une médiocre importance aux mensurations du champ visuel chez les individus atteints de névrose traumatique, que les résultats en sont inconstants et le temps qu'on y met est dépensé en pure perte », c'est là une affirmation grosse de conséquences et non conforme à la réalité des faits. Le Dr Mahillon, de Bruxelles, en apporte la preuve par une observation des plus intéressantes.

Nous la résumerons brièvement : Un homme âgé de 49 ans présenta, à la suite de blessures et de contusions dues à un accident de chemin de fer, des troubles graves qui le conduisirent à réclamer des dommages-intérêts à la Compagnie. Les experts nommés conclurent à de l'hystéro-traumatisme sans pouvoir déterminer les conséquences ultérieures. Les troubles visuels étaient les suivants : à droite, rétrécissement concentrique du champ visuel pour le blanc, le bleu et le rouge; à gauche, même trouble avec légère inversion des couleurs, c'est-à-dire que le champ visuel était légèrement moins étendu dans la zone rétinienne supérieure gauche pour le bleu que pour le rouge. Acuité visuelle normale à droite, réduite à 1/2 à gauche mais remontée à 1 avec 0,50 dioptrie convexe.

Six mois après, nouvelle expertise qui, du côté visuel, indique : acuité égale à 1/2 à droite sans correction possible, de même à gauche mais avec correction partielle; réflexe paradoxal de la pupille (dilatation à la lumière, contraction dans l'obscurité). Mais le phénomène capital, et celui sur lequel insiste avec raison notre confrère le Dr Mabillon, est l'inversion des couleurs dans le rétrécissement concentrique du champ visuel. A gauche, cette inversion, au début six mois auparavant, est maintenant complète; elle est commençante à droite.

Les planches qui accompagnent le travail montrent ces détails avec la plus grande netteté.

Ces symptômes, relevés avec la plus grande minutie et avec les précautions ordinaires pour éviter la simulation, ont permis de conclure à la réalité de l'affection dont se plaignait le malade et d'établir le dommage subi par suite d'incapacité absolue de travail. L'auteur conclut ainsi : que l'opinion du Dr Strumpell, si elle s'applique à une certaine catégorie de blessés, est fausse en principe, et qu'au contraire les procédés d'examen du champ visuel constituent un des éléments les plus précieux que nous possédions pour fixer le diagnostic et le pronostic de l'hystéro-traumatisme et pour dépister la simulation. Dr Beauvois.

Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux, par P. Keraval, médecin en chef des asiles de la Seine, et G. Raviart, médecin adjoint de l'Asile d'Armentières (*Archives de neurologie*, Août 1903, page 126). — Les Drs Keraval et Raviart, comme contribution à leurs études sur l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux, rapportent l'observation suivante.

Un homme âgé de 38 ans entre à l'Asile d'Armentières le 8 juin 1901, présentant la plupart des signes de la paralysie générale. Il

a perdu la vue deux ans auparavant; ce n'est qu'un an plus tard que les troubles mentaux apparurent, caractérisés par un simple affaiblissement des facultés intellectuelles; plusieurs mois après il a des idées délirantes de jalousie. Au moment de son internement il présente les signes physiques de la paralysie générale.

Facies sans expression, tremblement fibrillaire de la langue, embarras de la parole caractéristique, tremblement des mains : réflexe rotulien exagéré. Signes physiques de dégénérescence. Athérome.

L'examen ophtalmoscopique révèle l'état suivant : œil gauche, atrophie papillaire blanche; œil droit, décollement de la rétine s'étendant à tout l'hémisphère inférieur et à une partie de l'hémisphère supérieur rendant la papille totalement invisible.

L'autopsie a été pratiquée et outre les lésions générales d'œdème et de congestion de la pie-mère, d'atrophie et de ramollissement de la substance grise, on constate ce qui suit. Il ne semble pas y avoir d'athérome des vaisseaux; les nerfs optiques paraissent très atrophiés, leur coloration est grisâtre; le chisma présente le même aspect.

L'examen histologique a été pratiqué et a montré les « lésions ordinaires de l'atrophie papillaire et rétinienne, dans les deux yeux, soit l'absence presque complète d'éléments nobles auxquels se sont substitués de nombreuses cellules conjonctives et névroptiques; du côté de l'œil à rétine décollée, outre les lésions précédentes on a trouvé l'altération de la rétine dite sclérose en arcades, et dans les points décollés les plus éloignés de la papille une rétinite atrophique avec infiltration de pigments. La choroïde présentait une congestion intense de ses veines, un exsudat séreux intensitiel et une sclérose artérielle des plus marquées. »

Les auteurs « pensent qu'il s'agit ici d'un décollement consécutif à une choroïdite séreuse, laquelle paraît devoir être rattachée dans l'espèce aux processus inflammatoires et congestifs caractéristiques de la paralysie générale ».

Il est regrettable que dans cette intéressante observation on n'ait pas relevé la réfraction des yeux et recherché si le décollement de la rétine de l'œil droit ne pouvait pas être atribué à la myopie ou à un traumatisme : il eût été important d'éliminer ces causes pour pouvoir ranger sûrement le décollement parmi les lésions de la paralysie générale. J. GALEZOWSKI.

VARIÉTÉS

LES MAINS DES CHIRURGIENS CÉLÈBRES

Sous ce titre, le Dr Schleich vient de publier dans le *Die Woche* de Berlin un article intéressant. Nous en détachons ce qui concerne les oculistes célèbres.

Dieffenbach et Langenbeck, ce dernier célèbre par ses opérations autoplastiques, avaient des mains élégantes, la paume étroite et les doigts fins et larges. L'illustre de Græfe avait une main merveilleusement fine, déliée et longue.

Bien différentes sont les mains des plus grands chirurgiens allemands contemporains. Le Dr Schleich nous les décrit avec la peau rouge, rugueuse, dépourvue de poils, défigurée par les savonnages incessants et l'usage continuel des antiseptiques. De plus, leur forme manque d'élégance ; elles sont courtes, étroites, et les doigts trapus et grossiers. On pourrait cependant trouver dans cette différence une adaptation aux fonctions si dissemblables. Les doigts fins et déliés des de Græfe et Dieffenbach permettaient la précision des mouvements. Or, les spécialistes : oculistes, auristes, laryngologistes, ont surtout besoin d'adresse et d'habileté pour leurs opérations. Au contraire, les résections, les amputations, les laparatomies demandent une main solide et vigoureuse. Parmi ces derniers, le Dr Schleich cite Czerny, Mikulicz et Bergmann. Si nous étendions ce motif à nos maîtres français, nous aurions de curieuses notes à relever. Disons qu'en général, la mobilité et la délicatesse de la main n'ont plus de nos jours la même importance qu'autrefois.

Grâce à l'anesthésie, l'opérateur a tout loisir de pratiquer les différents temps de son intervention sans se presser, sans réaliser cet escamotage rapide et brillant qui enlevait l'admiration des spectateurs au plus grand préjudice des malades. Ce qu'il faut à l'opérateur de nos jours, c'est une main sûre d'elle-même, sachant ce qu'elle veut et suffisamment aseptique pour ne pas infecter la plaie. La main aristocratique n'est plus à la mode.

Dr BEAUVOIS, d'après *Die Woche*, 1903.

TABLE DES MATIÈRES

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

A

Abaissement de la cataracte ; considérations et instruments..... 478
Abcès (Deux cas d') migrateurs de l'orbite dus à la sinusite ethmoïdale. 608
Ablation partielle du globe oculaire par le procédé de la subénucléation. 426
Absence congénitale de l'abduction avec rétraction dans l'adduction... 288
Académie des sciences..... 682
Achromatopsie acquise avec acuité visuelle normale..... 595
Actinomycose du canal lacrymal..... 59, 162
— miliaire (Lésions du fond de l'œil dans l')..... 491
Action des médicaments sur la pupille, l'accommodation et la tension intra-oculaire..... 476
Acuité visuelle et astigmatisme..... 545
— visuelle (L') et la marine..... 629
Adrénaline (L')..... 34, 278
— (Valeur de l') en thérapeutique oculaire..... 440, 474
Affections oculaires et lymphocytose rachidienne..... 317, 348
— dans le diabète sucré..... 486
— dans le scorbut..... 493
Aimant (L') de Haab..... 292
Airol (L') en ophtalmologie..... 212
Alcool méthylique (Résultats d'une orgie d')..... 537
Allongement du droit interne..... 275
Amaurose et amblyopie par décharge électrique..... 95
— aiguë consécutive à des convulsions infantiles..... 432
Amblyopie avec retour lent de la vision après extraction de cataractes extra-mûres..... 612
— ex-anopsiâ améliorée par le massage..... 665
Amnésie antérograde continue de fixation et de conservation. Topoagnosie sans troubles visuels..... 302
Amputation (Technique de l') du segment antérieur de l'œil et de l'évisceration..... 472
Analogie du trachome et des adénoïdes..... 429
Analyse de « The Ophtalmic Record »..... 609
Analyse des « Archiv für Augenheilkunde »..... 538
Analyse des Archives d'ophtalmologie..... 21, 277, 483, 537
— des Archives d'ophtalmologie hispano-américaines..... 294
— des « Archiv of Ophtalmology »..... 543
— du Bulletin de l'hôpital ophtalmique de la province de Rome..... 360
— du « Centralblatt für Prak. Augenheilkunde »..... 613
— de la Clinique ophtalmologique..... 30, 279

Analyse de la « Clinica oculistica »..... 356
— des journaux allemands..... 229
— des journaux italiens..... 599
Anatomie du fond de l'orbite et du sinus sphénoïdal..... 416
— de l'œil myope..... 546
Anévrysme rétro-bulbaire..... 226
— des artères rétiniennes..... 307
— artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux droit. Exophtalmie..... 685
Angiome de l'angle interne..... 14
— caverneux de l'orbite..... 100
— de l'orbite et de la paupière guéri par l'électrolyse..... 304
— (Transformation fibreuse de l')..... 499
Aniridie..... 274
— complète avec cataractes polaires postérieures, myopie élevée et buphtalmie..... 428
Annales d'ophtalmologie de Mexico..... 295
Anomalies congénitales et héréditaires..... 91
— et maladies de l'œil..... 169
Anophtalmie congénitale bilatérale..... 274
Anopsie (Les effets de l') sur le développement de l'appareil visuel..... 210
Aplasie de la papille et des vaisseaux rétiniens avec anomalie de la macula..... 675
Applications du diploscope; de la neutralisation..... 635, 693
Argyrol (L') et le collargol en thérapeutique oculaire..... 192
Arrachement du nerf optique..... 492
Artère hyaline (Persistance de l')..... 91
— rétinienne (Thrombose de l')..... 92
Artério-sclérose et ophtalmoplégie..... 84
— (Altération des vaisseaux de la rétine dans l')..... 303
Asepsie et prophylaxie en ophtalmologie..... 276
Aspirine..... 179, 227
Astigmatisme cornéen (Influence de la forme du crâne sur l')..... 540
Astigmomètre (Un nouvel)..... 488
Atrophie tabétique (L') du nerf optique; la période préatrophique et son traitement..... 567
— familiale du nerf optique..... 43, 174
— papillaire brusque consécutive à des hémorragies utérines..... 352, 483
— tabétique du nerf optique et traitement..... 556
Atropine (Mort d'un enfant de dix mois après instillation de 7 gouttes d'atropine à 1 p. 100)..... 275
— (Sels d')..... 495
Autoplastie à lambeau dans un cas d'atrophie musculo-tégumentaire..... 79
Avancement musculaire..... 615
Avulsion de l'œil par un forceps..... 93

B

Bactériologie de l'ulcus serpens corneæ..... 230
— de la conjonctivité croupale..... 595
Balance pour essayer les couteaux..... 548
Bibliographie et revue des journaux. 99, 234, 296, 434, 494, 556, 685, 725
Blépharite syphilitique..... 334
— ciliaires (Classification dermatologique des)..... 473
Blépharoplastie et transplantation..... 539

Blépharospasme tonique permanent d'origine hystéro-traumatique.... 4
Blessures de l'œil et la loi sur les accidents du travail..... 65
— dans la région temporale droite par coup de revolver. Radiographie. Extraction de la balle..... 88
British medical Association..... 40, 678
Bromhydrate (Le) d'arécoline comme myotique..... 112
Bromure (Le) de méthyl-atropine..... 158
Brûlure par la potasse caustique et myopie consécutive..... 525
Buphthalmos..... 45

C

Carcinome secondaire de l'œil..... 275
— métastatique de la choroïde..... 291
— métastatique double..... 536
Cas intéressants..... 611
Cataracte (Maturation artificielle de la) au moyen de l'électricité..... 361
— congénitale..... 594
— congénitale double opérée à 30 ans..... 432
— (Considérations sur l'abaissement de la)..... 554, 603
— (Complications rares de la)..... 537
— compliquée (Sur l'opération de la)..... 602
— sénile (Composition de l'humeur aqueuse dans la)..... 524
— des finisseurs de boutellles..... 433
— (Etiologie et prophylaxie de la)..... 430
— (Extraction de la) après une ophtalmie sympathique..... 362
— secondaire (L'incision de la)..... 471
— molle (Un point important dans l'opération de la)..... 615
— traumatique par contusion directe du globe sans lésion des membranes externes..... 620
— (Trois cents extractions de)..... 427
— zonulaire..... 46
— (Abaissement de la)..... 47, 107
— congénitale; influence des infections matérielles sur son développement..... 55
— (Considérations sur 500 cas de)..... 97
— (Issue spontanée pendant une iridectomie d'une) abaissée neuf ans avant..... 124
— (Extraction de la) capsulo-lenticulaire à travers la sclérotique..... 216
— (L'opération de la) par abaissement est-elle justifiable?..... 157
— (Maturation artificielle de la)..... 35
— (Méthode d'opération de la) pour éviter la cataracte secondaire..... 211
— (Quel est le procédé simple d'extraction de la) qui rend plus facile le nettoyage du champ pupillaire..... 220
— (Résultats de 63 cas de) abaissée par les empiristes italiens..... 289
— (Traitement post-opératoire à ciel ouvert, après l'extraction de la).. 208
Catarrhe printanier..... 95, 543
— (Les infiltrations cornéennes dans le cours du)..... 295
— (Pathogénie et diagnostic du)..... 681
Cathétérisme permanent des voies lacrymales..... 481
Cautérisation étoilée de la cornée..... 469, 537
Cécité chromatique (Examen de la)..... 92
— (Causes et prophylaxie de la)..... 498

Cécité monoculaire post-traumatique..... 306
— par déformation congénitale du crâne..... 675
— psychique..... 593
Changement de réfraction..... 428
Chevauchement de la conjonctive palpébrale supérieure sur le tarse... 596
Chirurgie oculaire conservatrice..... 217
— ophtalmologique du sinus frontal..... 346
Chlorhydrate de codéïne (Action locale du) sur l'œil..... 475
Choroïde (Ruptures multiples de la),..... 90
— (Carcinome métastatique de la)..... 291
— (Ossification de la)..... 237
— (Tuberculose de la)..... 715
Choroïdite serpigineuse centrale..... 482
Cicatrisation des plaies de la choroïde, rétine et sclérotique..... 291
— (Retard dans la) après iridectomie pour glaucome..... 306
Collargol (Le)..... 286
Collectio ophtalmologica veterum auctorum..... 434
Collyres (Les) huileux..... 36
— (Les) d'iodure de potassium en ophtalmologie..... 558
Colobome de la paupière avec symblépharon congénital..... 157
— (avec ponts) de l'iris et de la choroïde..... 230
— des nerfs optiques..... 722
— du tractus uvéal et luxation du maxillaire inférieur dans l'orbite du même côté..... 328
Complications oculaires des oreillons..... 494
Concept clinique de l'herpès cornéen, du zona ophtalmique et de la kératite neuro-paralytique..... 421
Concrétions du canal lacrymal..... 60
Confusion dans les procédés d'usage des prismes..... 535
Congrès (XIV^e^) international de médecine..... 414, 473
Conjonctive (Tuberculose de la)..... 132
— (Etude de la granulation de la), sa nature et sa prophylaxie dans les écoles..... 168
— (Plaques épithéliales de la)..... 680
— (Nouvel alcaloïde anesthésiant de la)..... 212
— (Examen microscopique des vaisseaux de la) sur le vivant..... 221
Conjonctivite catarrhale végétante et trachomateuse et son traitement par la cupricine..... 409
— diphtéritique avec broncho-pneumonie..... 37
— phlycténulaire et son traitement..... 103
— (Le vasogène iodé dans quelques formes de)..... 226
— pétrifiante..... 306
— à bacille de la grippe..... 491
— (Diplocoque de Weichselbaum dans la)..... 594
— infectieuse (Un cas de) de Parinaud..... 659
Connexion de la voie optique avec le 3^e^ ventricule..... 164
Considérations cliniques et bactériologiques sur la conjonctivite catarrhale aiguë..... 541
Contribution à la psychologie de l'œil..... 241
— à l'étude des paralysies multiples et complexes des muscles du globe de l'œil..... 373
— au traitement des hémorrhagies rétiniennes..... 403
— à l'étude des infections orbito-oculaires d'origine dentaire..... 400
— cliniques et anatomiques à la pathologie du cerveau..... 494
— clinique et anatomique à l'étude de l'ophtalmie métastatique..... 553

Contribution clinique et anatomique à l'épithéliome du limbe et de la conjonctive bulbaire..... 553
— clinique et anatomique aux tumeurs syphilitiques du corps ciliaire..... 606
Cornée (Kyste de la)..... 55
— (Perforation spontanée de la)..... 90
— incrustée par le sulfate de cuivre..... 94
— (Traumatisme de la)..... 197
— (Forme rare de perforation de la)..... 232
— (La) conique..... 368, 482
— (Épines de châtaigne dans la)..... 546
— (Coloration verdâtre congénitale de la)..... 595
Cornes de la paupière..... 228
Corps étranger de l'œil..... 53
— métalliques de l'œil..... 90
— (Localisation et extraction des) de la cornée..... 91
— (Morceau de verre) toléré dans l'orbite pendant vingt ans..... 547
— ayant séjourné dans l'œil durant trente ans..... 622
Corps cillaire (Deux gommes du)..... 291
Corps vitré (Régénération du)..... 277
Cristallin (Double ectopie congénitale du)..... 54
Cryptophtalmie..... 617
Cyclite avec kératite ponctuée..... 273
Cylindrome de la glande lacrymale et opération de Krœnlein..... 347
Cysticerque sous-rétinien de la macula..... 181
— intra-oculaire..... 226
— (Diagnostic différentiel du)..... 190

D

Dacryoadénite suppurée..... 56
— aiguë chez un enfant..... 410
— syphilitique..... 155, 172
— aiguë consécutive à l'ingestion d'iodure de potassium à faible dose. 156
Dacryoadénocèle traumatique..... 295
Dacryocystites (Traitement des) par l'extirpation du sac..... 496
— congénitale..... 542
Dacryops et fistule de la glande lacrymale..... 486
Daltonisme infantile..... 217, 360
Déchirure de la zonule de Zinn..... 55
— de la choroïde; grande amélioration avec la pommade mercurielle. 404
Décollement de la rétine (Guérison d'un)..... 45
— de la rétine et son traitement par la méthode de Dor..... 49
— de la rétine et l'électrolyse..... 57
— de la rétine dans la néphrite de la grossesse..... 106
— de la rétine (Sur le traitement du)..... 160, 225, 226
— après l'extraction de la cataracte..... 273
— de la rétine complètement guéri..... 273
— rétinien et paludisme..... 347
— opératoire de choroïde..... 489
Dégénérescence graisseuse et calcaire de la rétine..... 275
Dépression kératique et états encéphalopathiques graves..... 63
Déséquilibre et insuffisance des muscles oculaires..... 429
Dessins présentés..... 483

Diagnostic des paralysies oculaires..... 301
— de la tuberculose de l'iris par la ponction de la chambre antérieure et traitement..... 434
— des maladies des yeux, des oreilles et des voies aériennes supérieures considérées surtout dans leurs rapports avec le service militaire..... 165
— des tumeurs de l'orbite..... 345
Dionine (La)..... 294
Diploscope (Applications du)..... 635, 693
Disposition anatomique du canal nasal chez le nègre..... 501
Distribution des artères de la choroïde localisant certaines formes de la choroïdite ou rétinite..... 289
Doit-on extraire le cristallin transparent d'un œil, quand l'autre est perdu par le décollement rétinien?..... 551
Douleur dans la photophobie..... 488

E

Ecarteur-pince des paupières..... 24
Echelle de verres portative..... 432
Ectropion (L') de la paupière inférieure..... 233
— de l'uvée..... 274
Effort musculaire oculaire..... 430
Electro-aimant et perforation double du globe par un éclat métallique..... 228, 231
Embolie et thrombose des vaisseaux centraux de la rétine..... 94, 493
Endartérite oblitérante des vaisseaux rétiniens et ses rapports avec l'embolie de la rétine..... 597
Energie (L') de croissance..... 47
Enseignements d'une statistique..... 48
Enophtalmie traumatique..... 23, 543
Enucléation (Valeur cosmétique de la paraffine après)..... 287, 548
— traumatique du globe..... 368
— (Valeur comparative des diverses opérations proposées pour remplacer l') et spécialement les implantations de graisse..... 524, 550
— (Les centres optiques primaires après l') ou l'atrophie du globe.... 619
Epidémie d'oreillons (Localisations oculaires dans une)..... 561
Epithélioma de la conjonctive (Formes graves de l')..... 475
— bulbaire plan..... 479
Epithélium cornéen (Le détachement de l')..... 41
— primitif du limbe scléro-cornéen..... 361
Epreuve simple de la vision stéréoscopique..... 613
— de Hering dans le strabisme..... 613
— de signaux pour dyschromatopsie..... 677
Essais thérapeutiques sur quelques nouveaux produits..... 30
Etat gonococcique généralisé avec cinq cas d'irido-choroïdite..... 293
— actuel de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie oculaire au Mexique. 531
Etiologie de la panophtalmie..... 230
Etude anatomique de la cataracte secondaire consécutive à l'extraction de la cataracte sénile..... 24
— des vaisseaux de la cornée et de l'iris..... 598
— du tissu conjonctif injecté de paraffine..... 684
Examen de la vision dans les écoles de Londres..... 97
— (Mode d') de la surface antérieure et de la courbure de la cornée.. 98
— de la vision dans les écoles..... 433

Examen anatomique d'un ulcère de la cornée avec hypopion..... 467
— de la vision chez les employés du chemin de fer international mexicain..... 529
— anatomique d'un œil sympathisant et remarque sur la chorio-rétinite sympathique..... 540
Excavation pseudo-glaucomateuse du nerf optique..... 540
— glaucomateuse de la lame criblée sans excavation de la papille.... 593
Excitateur de la pupille pour la recherche du réflexe lumineux..... 239
Exophtalmie (Un cas d') unilatérale et passagère..... 36
— intermittente..... 91
— pulsatile..... 483
— (Deux cas d')..... 542
Exophtalmos (Un cas rare d')..... 217
Exploration de la papille..... 278
Extirpation du sac pour prévenir l'infection des lésions professionnelles de l'œil..... 490
— dans la cure radicale des dacryocystites..... 496
Extraction (L') de la cataracte compliquée de dacryocystite..... 34
— de la cataracte combinée à l'iritomie..... 38
— du cristallin dans la myopie forte..... 97
— (Un cas d') d'un éclat de fer dix mois après sa pénétration dans le vitré..... 358
— de corps métalliques du vitré..... 535
— de fer du vitré par l'aimant géant..... 543
— du cristallin dans sa capsule..... 678

F

Fibro-sarcome kystique de l'orbite, d'origine fœtale, propagé à l'œil... 99
Fonctions de la capsule de Ténon..... 564
— sensitives des nerfs ciliaires mixtes irido-constricteurs..... 724
Formation kystique dans le cristallin..... 538
— cystique de la surface de la cornée..... 596
Forme rare d'opacité au centre de chaque cornée..... 273

G

Ganglion ciliaire (Etude sur la pathologie du)..... 100
Genèse du vitré chez les vertébrés..... 603, 616
Glaucome relié à l'iritis subaiguë..... 26
— (Sympathectomie pour) inflammatoire chronique..... 92
— chronique simple (Évolution post-opératoire de cinquante cas de).. 97
— (La sclérocoriotomie pour le traitement du)..... 215
— (Une nouvelle méthode pour provoquer expérimentalement le)..... 222
— aigu primaire; influence de la température et de la saison sur sa production..... 232, 515
— chronique (Utilité de l'iridectomie dans le)..... 272
— (Le) émotif..... 284
— (Sympathectomie pour)..... 305
— (Cinq cas de) où l'adrénaline a augmenté la tension..... 368
— (Le massage dans le)..... 369
— consécutif à l'opération de la cataracte..... 426
— chronique (Création d'une fistule sous-conjonctivale pour traitement du)..... 481

Glaucome aigu primitif (Influence de la température et de la saison sur l'attaque de)..... 232, 515
— (Cinquante cas de)..... 535
— chronique simple et résection du ganglion supérieur du sympathique cervical..... 535
— (Indications de la résection du sympathique dans le)..... 542, 552
— (Rôle des cicatrices sclérales dans la chirurgie du)..... 544
— (Etiologie et traitement du)..... 610
— (Nouveau traitement chirurgical du)..... 610
— malin avec guérison..... 612
Gliome de la rétine simulant l'hypopion..... 288
— (Pronostic du) après l'opération..... 474
Gliomyxosarcome endophyte de la rétine..... 554
Globes de verres modifiés pour l'opération de Mules..... 682
Glycosurie expérimentale (Altérations de la rétine dans la)..... 210
Goître exophtalmique (Le salicylate de soude dans le)..... 498
— aigu consécutif à l'émotion produite par des exercices de tir..... 561
Goménol (Le)..... 243
Gommes du corps ciliaire..... 24
— épisclérales multiples..... 80
— des deux orbites..... 306
— de la sclérotique..... 399
— de la conjonctive par syphilis héréditaire tardive..... 599
Granulations (Essai sur les)..... 245
Greffes adipeuses..... 479
Guérison d'un cancer de la choroïde par la cancroïne..... 623

H

Hématomes spontanés récidivants de l'orbite..... 352
Héméralopie et amaurose hystérique guéries par le sérum de cheval physiologique..... 421
Hémiopie bitemporale..... 94
Hémophyles (Opérations chez les)..... 476
Hémophylie et chalazion..... 350
Hémorrhagie dans le cours de l'iritis..... 39
— intra-oculaire dite essentielle..... 353
— (Un cas d') oculaire après l'extraction de la cataracte..... 429
— secondaire persistante après énucléation du globe pour sarcome..... 676
Hérédité oculaire..... 677
Hérédo-syphilis oculaire tardive..... 261
Herpès zoster de l'œil..... 91
Histologie pathologique de l'œil..... 171
— du pannus cornéen trachomateux..... 215
— des cicatrices de sclérotomie postérieure..... 544
Huile (L') hyperiodée en thérapeutique oculaire..... 33
Hydrophtalmie et troubles cardio-vasculaires..... 29
— (Un cas d')..... 609
Hydropisie des gaines..... 363
Hystérie (Troubles fonctionnels de l'œil dans l')..... 40
Hystéro-traumatisme suite d'accident de chemin de fer..... 725

I

Ichthyol (L') dans les kératites..... 16
Implantation de graisse pour améliorer la prothèse oculaire..... 36

Implantation d'un fort couteau dans la base du crâne à travers l'orbite. 242
— d'un globe de paraffine solide.... 428
Index bibliographique.... 177, 372, 435, 627
Inégalité pupillaire dans les anévrysmes thoraciques.... 46
Inertie cérébrale relative à la vision des lettres.... 683
Infiltrations cornéennes dans le cours du catarrhe printanier.... 551
Influence de l'alcool sur la marche de la syphilis et les accidents post-syphilitiques.... 565
Infections streptococciques de la conjonctive.... 427
— graves de la cornée et la perforation précoce de la membrane de Descemet.... 353
— (Prophylaxie des) de l'œil, surtout dans les professions exposées aux blessures.... 357 359
— du vitré par un champignon de moisissure.... 490
Inflammation aiguë bilatérale des glandes de Krause.... 359
— sous-conjonctivales.... 609
— oculaires infectieuses externes dans l'industrie de Westphalie.... 539
Influence du surmenage dans la genèse des chorio-rétinites.... 290
Injections sous-conjonctivales de solution saline.... 40
— sous-conjonctivales de nitrate de strychnine dans les amblyopies toxiques.... 209
— sous conjonctivales de chlorum de sodium dans la kératite à hypopion.... 212
— sous-conjonctivales de chlorure de sodium dans le décollement de la rétine.... 225, 226
— (Valeur cosmétique des) de paraffine.... 431
— sous-conjonctivales de tuberculine TR dans le traitement d'une kératite interstitielle.... 679
— sous-conjonctivales d'hétol.... 597
— nasales de paraffine suivies de cécité de l'artère centrale de la rétine. 547
Innervation de l'orbiculaire.... 482
Insertion primaire des muscles oculaires.... 535
Intervention opératoire dans les cataractes secondaires.... 27
Intoxication par le « ginger » de la Jamaïque.... 365
— iodoformique, accidents généraux et oculaires.... 541
Iodisme aigu avec opacité polaire antérieure.... 55
Iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte.... 325
Irido-choroïdite avec névrite optique et panophtalmie dans une méningite centro-spinale gonococcique.... 309, 379, 474
Iris (Tuberculose de l').... 51
Iritis ourlienne.... 235

J

Jéquiritol en oculistique.... 38, 283, 479

K

Kératite interstitielle expérimentale d'origine toxique.... 81
— annulaire.... 593
— parenchymateuse (Étude clinique de la).... 103
— parenchymateuse; contribution étiologique.... 224
— neuro-paralytique.... 235

Keratites (Les)..... 272
— ponctuée superficielle..... 614
— ponctuée (Cyclite avec)..... 273
— interstitielle (Les enfants des malades à)..... 290
— interstitielle (La sensibilité de la cornée dans la)..... 351
— interstitielle et tuberculose..... 469
— (Guérison de la) à hypopion par les sérums..... 604
— (La) superficielle de Bombay..... 682
Kératocône..... 46, 53, 61
— (Traitement du)..... 678
Kératomalacie..... 228
Kératoscope (Modifications au) de Placido..... 479
Kyste de la cornée..... 55
— lymphatique de la conjonctive..... 87
— dermoïde de l'orbite..... 93
— huileux du pourtour de l'orbite..... 154
— lymphatique volumineux du limbe conjonctival..... 224
— séreux de l'orbite..... 352
— congénital de l'orbite avec microphtalmie..... 477
— pileux du sourcil..... 493
— congénital de l'orbite avec anophtalmie et microphtalmie..... 536
— congénital du globe..... 546

L

Lavage (Le) des voies lacrymales selon Neustätter est-il pratique?..... 594
Lésion indirecte de l'œil par coup de feu..... 41
— choro-rétinienne par contusion..... 274
— du fond de l'œil dans la syphilis héréditaire..... 297
— de la macula après contusion de l'œil..... 307
— par corps étranger..... 365
— par morceau d'acier..... 365
— de l'œil pendant l'accouchement..... 367
— oculaire dans l'érythème exsudatif multiforme..... 595
— cornéennes dans la syphilis acquise..... 680
Leuco-sarcome de la choroïde..... 677
Littérature anglaise et américaine..... 44, 96, 288
Lois qui règlent la sécrétion de l'humeur aqueuse et les conséquences de leur perturbation..... 206
Lunettes protectrices d'atelier..... 434
Luxation du globe par contusion..... 92
Lymphocytose rachidienne et affections oculaires..... 316, 348

M

Mains (Les) des chirurgiens célèbres..... 728
Maladies internes de l'œil (Sur la concentration moléculaire et la toxicité des urines dans les)..... 211
— des yeux dans les pays chauds..... 417
Manifestations oculaires au cours de la rougeole..... 471
— oculaires de l'iodure de potassium..... 590
Mécanisme de l'accommodation chez l'homme..... 680
Médecine (La) occulte du Talmud..... 624

Mélano-sarcome de l'œil et métastase du foie..... 510
— de la caroncule lacrymale..... 213
— de la choroïde..... 233
— de la paupière supérieure, primitif..... 482
Membrane de Jakob de la rétine chez le chat nouveau-né..... 165
Méningite cérébro-spinale traitée par les ponctions lombaires répétées. 303
Menstruation vicariante par les paupières inférieures..... 62
Mercure (Le) en ophtalmologie..... 212
Mesure photographique du temps interverti dans les excursions latérales des yeux..... 416
— de la réfraction par les cercles de diffusion..... 536
Microphtalmos (Deux familles à) congénital et bilatéral avec cataracte.. 275
— (Étude histologique et pathogénique d'un cas de)..... 277
Migraines ophtalmiques et névralgies de la 5e paire..... 111
Mode de cicatrisation de la capsule du cristallin après les plaies de cette membrane..... 51
Modifications visibles de la colonne sanguine dans les vaisseaux de la conjonctive de la cornée et de la rétine..... 229
— à un périmètre..... 428
Montures de lorgnons et lunettes à bavolet..... 133
Mouvements (Des) de rétraction de l'œil et amincissement de la sclérotique dans les anomalies musculaires congénitales..... 555
— de l'œil associés au réflexe pupillaire..... 598
— (Sur les) de torsion de l'œil pendant la rotation de la tête..... 683
Mucocèle du canalicule inférieur gauche..... 611
Myopie (Etiologie de la)..... 43
— forte et extraction du cristallin..... 97
— (Nouvelle méthode rapide pour le traitement chirurgical de la)..... 209
— (Traitement de la)..... 288, 366
— (Traitement optique de la)..... 531
— (Traitement opératoire de la)..... 533
— (Correction de la)..... 611
— consécutive à une iritis rhumatismale..... 672
— (Traitement hygiénique et prophylactique de la)..... 675

N

Naphtol (action nuisible du) et de la naphtaline sur l'œil humain..... 60
Nécessité d'une méthode uniforme pour mesurer les anomalies musculaires..... 416
— de l'unification des échelles optométriques..... 417, 419
— de l'examen des deux yeux des employés de chemins de fer..... 429
— d'une commission internationale pour la détermination exacte des nuances de couleur qui doivent être employées comme couleurs..... 531
Nécrologie. Le Professeur Panas..... 1
— Le Professeur Pflüger..... 691
— Le Professeur Ricardo-Secondi..... 692
Nerf optique (Atrophie du)..... 43
— (Atrophie familiale du)..... 174
Neuro-rétinite syphilitique..... 306
— (Sur la forme de) d'origine centrale..... 707
Névralgies de la 5e paire et migraines ophtalmiques..... 111
Névrite optique familiale..... 93
— diphtéritique..... 97

Névrite (Rapports entre la) et le glaucome..... 224
— dans le cours des affections aiguës..... 422, 423
— rétrobulbaire..... 469
— optique consécutive à l'intoxication saturnine..... 470
— optique grippale..... 563
Névrome plexiforme de l'orbite et de la face..... 51
— de la paupière..... 268
— de la tempe, de l'orbite, de la paupière et du globe..... 482
Nyctalopie..... 93
Nystagmus; théorie pathogénétique et nouvelle méthode de traitement. 101
— réflexe..... 546
— et canaux semi-circulaires..... 101
— (Nouvelles expériences sur l'origine du)..... 224
— volontaire..... 676

O

Oblitération de l'artère rétinienne..... 275
— de vaisseau rétinien avec formation de vaisseaux nouveaux..... 483
Œil saillant; sa signification et ses associations cliniques..... 98
— (Nouvel) artificiel..... 431
Opacités lenticulaires..... 610
Opération (Une) de staphylome total de la cornée..... 425
— de Mules avec inclusion de la paraffine..... 430
— du ptosis..... 681
Ophtalmie purulente et trachome en Égypte..... 126
— métastatique de l'œil gauche dans la fièvre typhoïde..... 160
— métastatique..... 614
— sympathique..... 184, 486
— sympathique (Examen anatomique d'un cas)..... 593
— sympathique au point de vue médico-légal..... 212
— métastatique commençante provoquée par le pneumocoque..... 219
— des nouveau-nés (Nouvel irrigateur pour le traitement de l')..... 222
— métastatique par diplocoque Talamon-Frænckel..... 225
— purulente à streptocoque, son traitement par le sérum de Roux.... 285
— sympathique; son traitement par les injections sous-conjonctivales du moignon de l'œil énucléé..... 532
— des nouveau-nés. Étiologie et prophylaxie..... 548
Ophtalmologie (L') au Mexique..... 549
Ophtalmomètre exorbitaire..... 350
Ophtalmoplégie et artério-sclérose..... 84
— cyclique congénitale..... 595
Ophtalmoscope (Un nouvel) pour étudiant..... 493
— auto-éclairant..... 669
Optométrie (L'), profession nouvelle..... 676
Ossification (Quarante-deux cas d') dans l'œil..... 535

P

Panas (Le professeur)..... 277
Panophtalmie (Etiologie de la)..... 230
— (Altération de la sclérotique dans la)..... 230
— à micrococcus lancéolaires..... 306

Panophtalmie (Avantages du procédé de Van Millingen dans le traitement de la)..... 428
Papillome volumineux et à développement rapide de la région préla-crymale..... 342
— primaire de la cornée..... 482
— de la conjonctive..... 483
— de la caroncule lacrymale..... 669
Paralysie générale et fond de l'œil..... 62, 726
— congénitale des VI^e^ et VII^e^ paires du même côté..... 92
— de l'élévation de l'œil..... 93
— multiples de l'œil..... 211
— isolée de la VI^e^ paire consécutive à des traumatismes craniens..... 234
— (Intervention dans la) des muscles oculaires..... 276
— oculaires (Diagnostic des)..... 301
— de la convergence, de la divergence et du droit supérieur droit..... 363
— paradoxale du muscle droit externe..... 390
— traumatiques des muscles de l'œil d'origine orbitaire.... 437, 490, 617
— oculaire et hémiplégie diphtéritique..... 468
— oculaire totale par hémorrhagie nasale..... 597
— du sympathique dans l'herpès zoster..... 598
— des muscles extérieurs après traumatisme cranien..... 613
— associée des globes oculaires pour la latéralité..... 682
Pathognomonie du visage..... 485
Pathologie du cristallin..... 490
— de l'endothélium cornéen..... 492
Pemphygus et vésicules cornéennes..... 228
Perforation spontanée de la cornée au centre d'un leucome..... 611
— totale du globe par un éclat de fer..... 615
Périmètre (Nouveau) portatif..... 547
Périsinusite frontale avec lésions minines du sinus..... 135
Phtisie du globe et sarcome de la choroïde..... 547
Pilocarpine (Action mydriatique de certaines solutions de)..... 109
Pince (Nouvelle) emporte-pièce pour pratiquer l'irido-capsulotomie dans la cataracte secondaire..... 267
Plaie pénétrante du globe..... 47
— perforante de la région ciliaire..... 228
— du crâne par balle avec parésie motrice et hémianopsie..... 432
Plis symétriques de la choroïde et de la rétine..... 273
Polyarthrite dans la blennorrhée du nouveau-né..... 487
Précis de technique microscopique de l'œil..... 234
Préeision (De la) nécessaire dans l'examen de la vision..... 293
Préparation du bord palpébral et des cils avant les opérations bulbaires..... 541
Présentation d'instruments..... 17, 480, 531
Preuve anatomique de l'existence de fibres non croisées dans le nerf optique chez l'homme..... 544
Principes et méthodes de détermination fonctionnelle des glandes lacrymales..... 417
Procédé d'agrandissement du sillon rétro-palpébral pour permettre la prothèse..... 433
— pour rompre les synéchies postérieures..... 605
Protargol (Le)..... 159
Prothese oculaire; résultats éloignés de l'opération de Mules..... 339
— (Emploi de la paraffine dans la)..... 600
Pseudo-gliome..... 275

Pseudo-actynomycose de la queue du sourcil..... 340
Ptérygion (Un cas exceptionnel de) et considérations sur le traitement de cette affection..... 525
Ptosis double post-grippal..... 56
— dit congénital..... 97
— (Modification au processus opératoire du)..... 226
— (Procédé opératoire du)..... 287, 297, 682
— et difformité cranienne chez un garçon de 2 ans et demi..... 368
— (Sur quelques modifications dans l'opération du)..... 471, 537

Q

Quelques types de rétinites et chorio-rétinites..... 674

R

Rayons X en thérapeutique oculaire..... 406
— X en ophtalmologie..... 431
Recherches sur la structure des lobes optiques du pigeon..... 355
— expérimentales sur la localisation des toxines endogènes..... 489
Recouvrement épithélial des chambres antérieure et postérieure, cause du glaucome après l'extraction de la cataracte..... 486
Réflexe pupillaire et sensibilité cutanée..... 108
— cutané et pupillaire chez les diabétiques..... 165
— hémianopsique de la pupille..... 614
— rotulien dans la kératite interstitielle..... 674
Remarques sur certaines conditions de la cornée..... 289
Résection du trépied orbitaire externe..... 57
Rétine (Altérations de la) dans les lésions rénales expérimentales..... 211
— (Action de quelques toxines bactériennes sur les éléments de la).... 219
— (Un cas de vaisseaux tortueux de la)..... 544
Rétinite circinée (Disparition des lésions de la)..... 91
— albuminurique dans la syphilis..... 545
— atrophique (Traitement de la) par l'extrait rétinien..... 547
— pigmentaire (Un cas de)..... 291
— pigmentaire congénitale familiale..... 470
Rétinoscopie..... 429
— (Théorie de la)..... 432
Rétraction congénitale de la paupière supérieure gauche avec signe de Græfe..... 15
Revue des journaux espagnols et hispano-américains. 294, 427, 547, 549
— allemands..... 485, 593
— anglais et américains..... 674
— italiens..... 553
Rougeole (Manifestations oculaires au cours de la)..... 471
Ruptures sclérales traumatiques..... 21
— choroïdiennes multiples..... 274
— et perforation triangulaire de l'iris..... 615

S

Sac lacrymal (Dilatation extraordinaire du)..... 35
— (Plegmon du) et paralysie du grand oblique..... 53
— (Nouveau procédé pour l'incision cutanée du)..... 63
Sarcome du globe et de l'orbite; guérison..... 39

Sarcome choroïdien (Du)..... 456
— cornéo-scléral mélanique..... 305
— développé dans un moignon d'œil chez un enfant 140
— de l'orbite chez un nouveau-né..... 227
— embryonnaire de la conjonctive chez un enfant de 5 ans; opération et récidive..... 109
— embryonnaire de la conjonctive chez un enfant de 5 ans. Récidive au bout de trois mois..... 499
— épibulbaire primaire et tumeurs secondaires du limbe, de la sclérotique, de la choroïde et de l'iris..... 293
— musculaire..... 589
— péripapillaire..... 616, 646
— primaire de l'iris..... 292, 563
Scarlatine (Complications oculaires de la)..... 117
Sclérectomie..... 420
Sclérite annulaire..... 45
Sclérotonyxis (Un cas de)..... 361
Scotome annulaire (Le)..... 597
Sidérose (La) du globe oculaire..... 487
Signe pupillaire d'Argyll-Robertson..... 61
Sinus frontal (Mucocèle du)..... 222
Sinusite (La) aiguë et son traitement..... 558
Société d'ophtalmologie de Paris, 7, 78, 128, 190, 266, 331, 389, 643, 705
— anatomique..... 684
— de biologie..... 724
— d'Amérique..... 535
— de Mexico..... 523
— d'ophtalmologie du Royaume-Uni..... 272
— française d'ophtalmologie..... 468
Société française d'ophtalmologie..... 345
Société italienne d'ophtalmologie..... 206
— de médecine de l'Etat de New-York..... 364
Somnoforme (Le) du Dr Rolland et l'éther chloraté du Dr Henning..... 359
Spasme de l'orbiculaire d'origine traumatique..... 59
Staphylome ciliaire traumatique, aphakie, perte partielle de l'iris et conservation d'une bonne vision..... 492
Statistique ophtalmologique..... 533
Statométrie oculaire..... 318
Stéréoscope liseur..... 46
— (Le) dans l'hétérophone et le strabisme au début..... 676
Stigmates dentaires de la syphilis héréditaire..... 469
— ophtalmoscopiques rudimentaires hérédo-syphilitiques chez le frère et la sœur..... 577
Strabisme (Traitement du) convergent..... 45, 46, 681
— (Choix de la méthode dans la cure du)..... 86
— (Correction du) des yeux amblyopiques..... 215
— convergent d'origine traumatique..... 285
— (Traitement opératoire du) primaire divergent..... 363
— (Opération du) par l'avancement musculo-capsulaire 421
— (Traitement du)..... 559, 681
Surmenage oculaire..... 98, 429
Suture des muscles après l'énucléation..... 42
— de la cornée après la cataracte..... 480
Symblepharon rare..... 233
Sympathique cervical (Nouvelles recherches sur le)..... 220

Symptômes relevant d'une lésion de la couche optique dans l'hémiplégie. 242
— oculaires des maladies du pont de Varole et du bulbe..... 491
Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale. Paralysies oculaires. 27
— conceptionnelle (Etude de la) au point de vue oculaire..... 110
— des voies lacrymales..... 155
— oculaire..... 173
— oculaire (Cyto-diagnostic dans la)..... 223
— tertiaire simulant un épithélioma cutané de la région du sac lacrymal. 224
— héréditaire (Gourme de l'iris par)..... 297
— héréditaire (Lésions du fond de l'œil dans la)..... 469
— héréditaire (Stigmates dentaires de la)..... 469

T

Tache (La) de Mariotte et la « région de Mariotte » chez le myope..... 538
Tarsorraphie (Nouvelle méthode opératoire de)..... 213
Tatouage de la cornée..... 228, 351, 610
— (Nouveau procédé pour le)..... 463
Terminaisons nerveuses dans les muscles striés de la torpille..... 164
Ténonite (La) rhumatismale..... 496
Ténotomie plastique graduelle..... 487
— et avancement..... 542
Tétanie infantile et nourrices goitreuses..... 241
Théorie visuelle du mal de mer..... 98
— de la détermination de la réfraction..... 540
Thérapeutique oculaire et formulaire..... 111, 179, 243, 371, 625
— du kérato-hypopion..... 213
— argentique de Credé dans les affections oculaires; sa valeur..... 231
Thrombose du sinus caverneux grippale..... 536
Trachome (Contribution à la pathogénie du)..... 226
— (Notes cliniques sur le) au Caire..... 294
— (Traitement du)..... 306, 677
— (Symptômes et traitement du)..... 364
— dans les provinces rhénanes et la Westphalie..... 369
— dans les écoles publiques de New-York..... 430
— (Étiologie et prophylaxie du)..... 476
— chronique, amélioration par les rayons X..... 675
Traité théorique et pratique des maladies des yeux et de leurs annexes 618
— d'histologie pathologique de l'œil..... 622
Traitement des infiltrations cornéennes par l'huile de vaseline iodée.. 545
— du trachome..... 306
— des taies de la cornée par le benzoate de lithine..... 330
— et diagnostic des tumeurs de l'orbite..... 345
— chirurgical des voies lacrymales..... 355
— des affections lacrymales..... 363, 415, 480
— du trachome par les rayons X..... 367
— opératoire des sinusites périorbitaires..... 369
— d'urgence de l'amblyopie par perte de sang..... 391
— du glaucome secondaire consécutif aux adhérences et aux synéchies iriennes antérieures..... 420
— (Considérations sur le) du strabisme..... 425
— de la conjonctivite purulente..... 429
— des affections lacrymales..... 435
— de la tumeur lacrymale..... 471

Traitement de la kératite suppurée avec hypopion par les injections sous-conjonctivales de bleu de méthyle ... 477
— du trichiasis et de l'entropion total ou partiel par l'électrolyse sur le cartilage tarse ... 479
— du strabisme inférieur par l'avancement ... 488
— du goître exophtalmique par les opiacés, la cocaïne et le tabac ... 497
— des blessures graves et des maladies graves sans énucléation ... 557
— de l'ophtalmie interstitielle ... 674
— des affections syphilitiques graves de l'œil ... 679
— du strabisme convergent ... 681
— de la conjonctivite granuleuse par les injections sous-conjonctivales de solution phéniquée ... 223
— de la scléro-kératite ... 42
— du strabisme convergent ... 45, 46
— de l'ophtalmie contagieuse de l'adulte ... 44
— des plaies pénétrantes de l'œil ... 45
— du décollement rétinien par la méthode de Dor ... 49
— du décollement de la rétine par l'électrolyse ... 57
— du décollement rétinien ... 160
— des affections des voies lacrymales par les sondes de gélatine au protargol ... 59
— de l'irido-kératite à hypopion, ... 97
— des affections oculaires néoplasiques par le mercure ... 112
— des granulations molles de la conjonctive par l'hermophényl ... 113
— post-opératoire à ciel ouvert après l'extraction de la cataracte ... 208
— de l'ectropion de la paupière inférieure ... 233
— de la myopie ... 288, 485
Transfusion (La) du vitré; instrument nouveau pour la pratiquer ... 207
Traumatisme éloigné de l'œil et kératocône ... 53
— oculaire et son traitement ... 104
— de l'orbite (Cas de tétanos consécutif à un) ... 216
— cranien; œdème papillaire; guérison par le traitement mercuriel ... 299
Troubles oculaires dus aux parasites intestinaux ... 57
— d'origine électrique ... 96
— dus à l'emploi du sublimé ... 351
— dans la paralysie générale ... 434
— rares de la mobilité de l'œil ... 595
— oculaires dans les affections rénales ... 679
Tuberculose de l'iris ... 51, 356
— de l'iris et de la cornée et son traitement par les insufflations d'air dans la chambre antérieure ... 163
— de la conjonctive oculo-palpébrale ... 221
— de la conjonctive et de la choroïde ... 368
— choroïdienne ... 715
— intra-bulbaire chez l'enfant ... 596
— (Traitement de la) de l'iris par la tuberculine ... 596
— du pont de Varole ... 597
— des voies lacrymales ... 662
Tumeur éburnée de l'orbite ... 41
— conjonctivale de la conjonctive bulbaire ... 228
— du nerf optique ... 307
— cérébrale à marche lente; mort subite ... 307
— de l'iris chez une enfant ... 332
— de l'orbite; diagnostic et traitement ... 345
— épibulbaires malignes (Contribution à l'étude des) ... 346

Tumeur (Cinq cas de) et pseudo-tumeurs de la glande lacrymale..... 426
— lacrymale (Nature et traitement de la)..... 471
— prélacrymale; sa nature et son traitement..... 485
— fibreuse de la sclérotique..... 560
— de la dure-mère couverte par le cervelet..... 612
— de l'œil (Deux cas de)..... 619
— (Des) de l'éthmoïde et de leurs complications oculo-orbitaires..... 621

U

Ulcère trophique de la cornée..... 235
— lépreux de la cornée..... 273
— infectieux de la cornée (L'acide trichloracétique de l')..... 293
Usage de l'électro-aimant..... 594
Uvéite gonococcique et ophtalmie sympathique..... 625
Uveïtis..... 292

V

Valeur du salicylate de soude à hautes doses..... 293
— comparative des diverses échelles optométriques; nécessité de leur unification et adoption d'une unité métrique..... 527
— des grands lavages au permanganate de potasse, contre les complications cornéennes de l'ophtalmie granuleuse..... 392
— diagnostique des électro-aimants..... 595
— optique de réflexe pupillaire d'accommodation..... 540
Variations de l'état de réfraction de l'œil humain suivant l'éclairage... 53
Variétés de la vision binoculaire stéréoscopique..... 480
Vésicule post-cristallinienne..... 129
Vision (Troubles de la) dans les altérations organiques et fonctionnelles du système nerveux..... 54
— des taches colorées dans le soleil..... 282
— (Perte temporaire et soudaine de la)..... 98
Vitré (La matrice du) dans l'œil de l'homme et des animaux..... 103
— (sur l'origine du)..... 218
Voies lacrymales (Syphilis des)..... 155
— (Le fluorure d'argent dans les affections des)..... 222
— (Pathologie et développement des)..... 214
— (Quelques observations morphologiques sur les) pendant la vie fœtale 215

X

Xanthélasma des paupières; son traitement par l'électrolyse..... 281
— des paupières; recherches histologiques..... 339
Xérosis (Action pathogène du bacille du)..... 221

Y

Yeux artificiels plastiques..... 25.

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS

Abadie, p. 139.
Ackermann, p. 597.
Adamkiewicz, p. 623.
Addario, p. 103.
Adolph, p. 599.
Albertotti, p. 478, 554, 603.
Alexander Bruce, p. 431.
Alonso, p. 525, 533.
Ambialet, p. 319, 350.
Amley Walker, p. 44.
Andogsky, p. 544.
Angelucci, p. 206.
Antonelli, p. 59, 174, 206, 422.
Armaignac, p. 351, 463.
Arndt, p. 598.
Arroyo de Marquez, p. 474.
Aubaret, p. 89, 165, 237.
Aubineau, p. 32, 470.
Aurand, p. 55.
Axenfeld, p. 357, 359, 489, 490, 593, 595.

Badal, p. 47, 52, 95, 237, 499.
Bagneris, p. 59.
Bahen, p. 483.
Bajardi, p. 229, 231.
Baraja, p. 361.
Bard, p. 546.
Bardelli, p. 226.
Baro, p. 472.
Barraguer, p. 416.
Barraguez, p. 479.
Barret, p. 98.
Bassal, p. 241.
Basso, p. 209, 358.
Baslini, p. 102.
Bastard, p. 57.
Beauvois, p. 356, 362, 523, 728.
Beaucry, p. 684.
Bellencontre, p. 33.
Benedetti, p. 222.
Berardini (de), p. 213, 217, 553.
Betella, p. 221.
Berger, p. 235.
Bernheimer, p. 544.
Bettremieux, p. 406.
Bietti, p. 215, 219, 221, 553, 555.
Bichop Harman, p. 674.
Bjerrum, p. 488.
Black, p. 611.
Block, p. 476.
Bocchi, p. 213, 214.
Bolton, p. 97.
Borsch, p. 610.
Bosch, p. 281.
Bossalino, p. 213.
Boucaud (de), p. 110.
Bouchard, p. 44, 99, 124, 229, 246, 364, 365, 368, 427.
Bourdeaux, p. 353.
Bourgeois, p. 434.
Bourrague, p. 558.
Bouzitat, p. 590.
Brady, p. 611.
Brand, p. 615.

Braunstein, p. 616.
Bredner, p. 538.
Brissaud, p. 26.
Broca, p. 683.
Bromberg, p. 598.
Bronwer, p. 274.
Browne, p. 674.
Brwksbank, p. 44.
Buchanaa, p. 367, 482.
Bull, p. 97, 293, 535.
Bullard, p. 612.
Bulson, p. 293.
Burnett, p. 429.
Burnham, p. 97, 289.

Cabannes, p. 60, 110.
Calderas, p. 356.
Campos, p. 294.
Cannas, p. 226.
Cantonnet, p. 538.
Capellini, p. 223.
Carl Roller, p. 44.
Carra, p. 350, 629.
Carrall, p. 479.
Casali, p. 223.
Cassidy, p. 675.
Castresana, p. 214.
Caudron, p. 190.
Cavalié, p. 164.
Cestan, p. 71, 682.
Chacon, p. 527.
Chaigneau, p. 307.
Chaillous, p. 14, 15, 333, 334, 399, 403, 654, 707.
Charpentier, p. 53.
Chauvel, p. 165, 437, 495.
Chavasse, 165.
Chavez, p. 549, 551.
Chevalier, p. 470.
Chevallereau, p. 14, 15, 133, 333, 352, 399, 482, 707.
Cirincione, p. 214, 599, 603, 616.
Clairborne, p. 677.
Collins, p. 97, 273, 290, 676.
Collomb, p. 235, 347, 353.
Colombo, p. 221.
Conor, p. 5.
Coppez (H.), p. 278, 283, 426.
Corda, p. 555.
Corpaz, p. 481.
Cosmettatos, p. 355.
Cosse, p. 46, 61, 352, 434.
Cramer, p. 595.
Crispolti, p. 54.
Cruchaudeau, p. 110.
Cuevos, p. 418.

Darier, p. 31, 158, 192, 285, 469, 643, 665, 679.
Deau, p. 482.
Debédat, 305.
Delagey, p. 683.
Delanglade, p. 242.
Delfosse, p. 51.
Delord, p. 107.
Demets, p. 497.
Demicheri, p. 95.
Denti, p. 359.
Desourteaux, p. 621.
Desvaux, p. 37, 469.
Dodd, p. 482.
Donaldson, p. 368.
Dor, p. 55.
Doyne, p. 546.
Duane, p. 363, 674, 675.
Duclos, p. 268.
Dujardin, p. 157.
Dupont, p. 239.
Dupré (E.), p. 302.
Dupuy-Dutemps, p. 61, 715.

Edgard Thomson, p. 429.
Edridge Green, p. 93.
Egger Max, p. 242.
Ellett, p. 611, 612.
Elliot, p. 96.
Eloui Bey, p. 168.
Elschnig, p. 486.
Emanuel, p. 296, 597.
Ernin, p. 613.
Ewart, p. 547.

Fabien, p. 492.
Fabre (P.), p. 556, 567.
Fage, p. 39, 351.
Falta, p. 542.
Fehr, p. 228, 616.
Feldham, p. 616.
Félix, p. 163.
Fisher, p. 306, 307.
Flavel Tiffany, p. 169.
Francis W. Alter, p. 428.
Francisco Sanz Blanco, p. 423.
Frank (F.), p. 724.
Friedenwald, p. 614.
Frœhlich, p. 488, 542.
Fromaget, p. 109, 304, 472, 499, 619.

Frost, p. 274.
Fruginele, p. 214, 606.
Fuchs, p. 272.
Fukala, p. 295.
Fumagalli, p. 223.

Galenga, p. 223.
Galezowski (*X.*), p. 1, 111, 179, 181, 243, 310, 371, 379, 409, 474, 625.
Galezowski (*J.*), p. 624, 625, 726.
Galindo, p. 533.
Gallemœrtz, p. 563, 619.
Galliani, p. 223.
Gangolphe, p. 57.
Garr, p. 307.
Gasparini, p. 224, 359.
Gatti, p. 219.
Gelpke, p. 595.
Germanus Flatau, p. 230.
Glaunig, p. 540.
Glorieux, p. 57.
Goldberg, p. 365.
Goldzieher, p. 617.
Golesceano, p. 135, 351.
Gourfein, p. 334.
Gradaille, p. 480.
Graddle, p. 293.
Gradenigo, p. 206, 216.
Grane, p. 532.
Grimaldi, p. 608.
Gros, p. 48.
Grosmann, p. 41, 680.
Gruening, p. 305.
Grunert, p. 593.
Guéneau, p. 334.
Guende, p. 47.
Guibert, p. 162.
Gunn (*M.*), p. 273.

Hœmers, p. 277.
Haglund, p. 594.
Haig, p. 98.
Hammerschmidt, p. 56.
Hans Kirchner, p. 34.
Hansell, p. 90, 92.
Harlau, p. 367, 536.
Harman, p. 482, 682.
Hartridge, p 274, 483, 680.
Heine, p. 546.
Helbron, p. 106.
Henry Jules, p. 274.
Henschen, p. 494.
Herbert Clairbonne, p. 62.
Herbert Parsons, p. 45, 275.
Herford, p. 230.
Hertel, p. 303, 600.
Higgins, p. 45.
Hirsch, p. 491, 498, 542.
Hirschberg, p. 60, 228, 231, 614.
Hocquard, p. 24.
Holden, p. 544.
Hoor, p. 542.
Houdart, p. 456.
Howe, p. 416, 429, 535, 610.
Hugo Lewin, p. 544.
Hurde, p. 547.

Jack, p. 536.
Jackson, p. 289, 611.
Jacovides, p. 156, 355.
Jacqueau, p. 54, 56.
Jameson Evans, p. 288.
Jarnatowsky, p. 546.
Jessop (*W.*), p. 288, 368, 475.
Jocqs, p. 161, 197, 421, 469.
Johan Weidlich, p. 540.
John, p. 536.
Joly, p. 496, 561.
José Wieden Portillo, p. 103.

Kalt, p. 81, 135, 392.
Kampherstein, p. 490.
Kayser, p. 595.
Kempner, p. 490.
Keraval, p. 62, 726.
Kermeth Campbell, p. 432.
Kermeth Scott, p. 293.
Kilburn, p. 543.
Kipp, p. 543.
Knapp, p. 363.
Knopf, p. 495.
Konn, p. 564.
Koster, p. 491.
Kruch, p. 212.
Krüger, p. 230.
Krukenberg, p. 293.
Kuhnt, p. 229, 402.
Kunn, p. 485.

Laas, p. 487.
Ladislaus V. Varady, p. 108.
Lafargue, p. 620.
Lagrange, p. 51, 52, 345, 477, 623.
Lander, p. 612.
Landolt, p. 276, 417.

Lanfort, p. 368.
Lang, p. 292.
Lapersonne (de), p. 29, 155, 172, 173, 277, 316, 348, 355, 415, 426, 537, 646.
Lauber, p. 174.
Lavagna, p. 226.
Lediard, p. 93.
Lentmayer, p. 365.
Leplat, p. 285.
Leprince, 104, 435, 558.
Le Roux, p. 234, 350, 495.
Leroy, p. 425.
Levinsohn, p. 598.
Levy, p. 282.
Liebieich, p. 288.
Lister, p. 291.
Little, p. 272.
Lodato, p. 210, 220.
Lœser, p. 233.
Lœwy, p. 235.
Lohnstein, p. 597.
Lopez, p. 524, 530, 589.
Lor, p. 56.
Loring, p. 293.
Loshma Kunabara, p. 614.

Mac Callan, p. 368.
Maddox, p. 46.
Mahillon, p. 725.
Maitland-Ramsay, p. 287, 431, 432, 548.
Major Herbert, p. 481, 682.
Maklakow, p. 38.
Manolescu, p. 38.
Manouélian, p. 340, 343, 659.
Manuel Marquez, p. 294.
Maraval, p. 57.
Marcus Gun, p. 40.
Marphe, p. 363.
Marquez, p. 457, 477.
Marra, p. 211.
Matheny, p. 429.
Mauclaire, p. 685.
Maurizi, p. 227, 361.
Mausillon, p. 477.
May, p. 481.
Maxwell, p. 432.
Max Meyerhof, p. 539.
Maynard, p. 289, 427.
Mayneg, p. 594.
Mayon, p. 431.
Mazet, p. 331, 350.
Medding, p. 365.
Meller, p. 545.
Menacho, p. 421.
Menzies, p. 41.
Michael Mohr, p. 541.
Millikin, p. 535, 536.
Moissonnier, p. 347.
Momoji Kako, p. 486.
Monesi, p. 215.
Montario, p. 550.
Monthus, p. 55, 234, 276.
Morax, p. 17, 79, 340, 343, 471, 659.
Morgano, p. 99, 226.
Morini, p. 223.
Morisson Ray, p. 45.
Moriz Sachs, p. 233.
Morton, p. 307, 368, 482.
Motais, p. 297.
Moulton, p. 612.
Moussous, p. 303.
Muller, p. 489, 491.
Murray, p. 609.

Nattan-Larrier, p. 55.
Nedden, p. 486, 491, 493.
Nerhœff, p. 487.
Nettleshep, p. 92, 289, 679.
Neuburger, p. 487.
Nicati, p. 426.

Oatman, p. 430.
Olivier, p. 531, 675.
Opin, p. 234, 276, 646.
Orlandini, p. 210, 211.
Orlando Pes, p. 541.
Ormoud, p. 274.
Orsati, p. 540.
Ostino, p. 101.

Pailhas, p. 62.
Panas, p. 21, 23, 24, 26, 27, 95, 96, 154, 155, 276.
Panni, p. 220.
Parsons (H.), p. 291, 306.
Paul Meyer, p. 230.
Payne, p. 368.
Pechin, p. 26, 84, 276, 469, 537.
Pedrozzolli, p. 24.
Pergens, p. 595.
Perrin, p. 722.
Pes, p. 216.
Petella, p. 212.
Peterman, p. 612.
Petit, p. 352.

Pfalz, p. 369.
Picot, p. 88.
Piggmund Guisberg, p. 171.
Pitres, p. 165.
Pooley, p. 537, 677.
Polignani, p. 99, 100.
Pollack, p. 230.
Popolani, p. 113.
Poulard, p. 427, 662.
Posey, p. 91, 293, 306.
Poyntin, p. 368.
Praun, p. 615.
Presas, p. 480.
Priestley Smith, p. 548.
Prioux, p. 156, 351.
Puccioni, p. 216, 217.
Purtscher, p. 614.

Querenghi, p. 215.

Rabbi Gamallel bar Ahiba, p. 624
Ralph Opdyke, p. 429.
Ramoni, p. 361.
Ramos, p. 295-531.
Randall, p. 91.
Ranney, p. 98, 430.
Raviart, p. 62.
Raymond (*Turin*), p. 213.
Raymond, p. 682.
Reik, p. 428.
Reimar, p. 229.
Reina Martinez, p. 420.
Remy, p. 635.
Ring, p. 537.
Risley, p. 365, 428, 535.
Richard Lewis, p. 428.
Robinson, p. 433.
Rockliffe, p. 273, 275.
Rochon-Duvigneaud, p. 86, 355, 415.
Rœchlmann, p. 597.
Rohmer, p. 685.
Rollet, p. 496.
Rollin, p. 84.
Rombolotti, p. 222.
Roques, p. 197.
Roselli, p. 216, 217.
Ruffel, p. 159.
Rutten, p. 35, 39, 160.

Sabrazès, p. 299.
Salvo, p. 227.
Salzman, p. 492.
Sandford, p. 42.
Santos Fernandez, p. 417, 421, 521.
Santucci, p. 224.
Saylor, p. 306.
Sbordone, p. 220.
Scharpringer, p. 363.
Scheffels, p. 369.
Schirmer, p. 417.
Schmidt, p. 539.
Scholer, p. 248, 597.
Schürenberg, p. 594.
Schweinitz, p. 90, 91, 92, 306.
Scrini, p. 353.
Seggel, p. 540.
Sendral, p. 95, 154, 234, 257, 426.
Severi, p. 227.
Sgrosso, p. 224.
Shumway, p. 91.
Sidler Huguenin, p. 297.
Siegmund Giresberg, p. 622.
Silva, p. 530.
Siméon Snell, p. 42, 93.
Smith (*H.*), p. 678.
Snell, p. 482.
Sourdille, p. 287.
Springer, p. 47.
Stanford Mortin, p. 678.
Steffens, p. 295.
Steiner, p. 233.
Stephenson, p. 548.
Stock, p. 489, 595.
Stœver, p. 490.
Story, p. 46.
Strzeminski, p. 494, 577.
Suarez de Mendoza, p. 424, 481.
Sucker, p. 157.
Sulzer, p. 683.
Süsskind, p. 490.
Sydney Stephenson, p. 98, 274, 432, 483, 680.

Tartuferi, p. 227.
Taylor, p. 43, 363.
Teillais, p. 468.
Terrien, p. 50, 81, 96, 129, 301, 328, 350, 404, 669.
Terson, p. 34, 36, 62, 132, 347, 391, 471, 473, 485, 498.
Tizzoni, p. 604.
Tornatola, p. 208, 217, 218.
Toubert, p. 166.
Toufesco (*Mlle*), p. 654.
Tribondeau, p. 165.
Trombetta, p. 101.
Troncoso, p. 524.